

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Diciembre de 2020
www.redesdigital.com

42

Alfredo Canevaro

El agradecimiento recíproco: una técnica experiencial útil para las “separaciones imposibles”

Marcelo Pakman

Un giro crítico-poético para la práctica sistémica

Juan Antonio Abeijón Merchán e Iñaki Aramberry Miranda

Paradoja-Violencia-Adolescencia Comunicación-Conducta-Evolución ¿Cómo se relacionan?

¿Cómo actuar?

Lia Mastropaolo

Niños, adolescentes y sus familias: terapia y mediación sistémica on line

Marcelo Rodríguez Ceberio

¿Y dónde está el encuadre? La terapia fuera de los límites del consultorio

Maria Luiza Cobra de Castilho

Comunicación Padre-Hijos

Facundo Cocola

Terapia Multifamiliar Intensiva en Salud Pública: Aplicación de un dispositivo (EMIT) en Trastornos del Uso de Sustancias

Federico Sarink

La terapia provocativa: Creando nuevos contextos usando el humor y el desafío sistemáticamente

Sandro Giovanazzi Retamal

Protocolo de entrevista diagnóstica en terapia de pareja

Maria Alejandra Gonzalez Monzon

Fotogramas relacionales: Técnicas redefinidoras para lograr el “zarandeo cognitivo”

Bani Maya Morodo

¿Y si hablamos de la Fratria?

Pablo Andrés Concha Ponce y Milton Andrés Contreras Sáez

Proyecto de vida adolescente: Una alternativa de intervención sistémica en contextos diversos

Marika Buciuni, Eleonora Paparo, Lisa Ferrara, Sara Puosi, Rossella Capecchi, Valentina Albertini y Gianmarco Manfrida

¿¡Es suficiente una App para encontrarse!?. Investigación exploratoria sobre el uso de las App en la práctica clínica



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

REDES. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales es una publicación semestral, emitida en los meses de Julio y Diciembre de cada año, editada por “ESCUELA DE TERAPIA FAMILIAR SAN PABLO”; Castillejos 411, bajos, (08025), Barcelona, España.

Editor Responsable: Dr. Juan Luis Linares.
ISSN de la versión electrónica: en trámite.

Las opiniones de los autores no necesariamente reflejan la postura del Editor, de la Editorial o Instituciones patrocinadoras y contribuyentes a esta publicación.

Redes

DIRECTORES-FUNDADORES

Juan Luis Linares

Roberto Pereira

DIRECTORES EDITORIALES

Esteban Laso Ortiz

Eduardo Hernández González

CONSEJO CIENTÍFICO

Ricardo Ramos (España)

Marcelo R. Ceberio (Argentina)

Sandro Giovanazzi (Chile)

Regina Giraldo (Colombia)

Raúl Medina (México)

Javier Ortega (Barcelona)

Jaime Inclán (USA)

Félix Castillo (España)

Juan Antonio Abeijón (España)

CONSEJO DE REDACCIÓN

José Manuel Costa (Lisboa)

Ana Paula Relvas (Portugal)

Teresa Moratalla (España)

Bani Maya (España)

Claudia Lucero (Temuco)

Norberto Barbagelata (Madrid)

Gianmarco Manfrida (Prato)

Rodolfo de Bernart (Florencia)

Ana Gomes (Portugal)

Josu Gago (Bilbao)

Luz de Lourdes Eguiluz (México)

Eduardo Martínez (Zaragoza)

Silvana Mabel Núñez (México)

Mark Beyebach (Salamanca)

Inma Masip (Girona)

Lia Mastropaolo (Genova)

Javier Bou (Valencia)

Jorge Daniel Moreno (Argentina)

Philippe Caillé (Niza)

Robert Neuburger (París)

Carmen Campo (Barcelona)

Luigi Onnis (Roma)

Luigi Cancrini (Roma)

Marcelo Pakman (Amherst MA)

Alfredo Canevaro (Macerata)

Jacques Pluymaekers (Bruselas)

Alberto Carreras (Zaragoza)

Remberto Castro (México)

José A. Ríos (Madrid)

Jorge Colapinto (Filadelfia)

Janine Roberts (Amherst MA)

Mauricio Coletti (Roma)

Elida Romano (París)

Claudio Deschamps (Buenos Aires)

M^a Eugenia Roselli (Bogotá)

Luis Elías Elicera (Lima)

Karin Schlanger (Palo Alto CA)

Mony Elkaïm (Bruselas)

Matteo Selvini (Milán)

Celia Falicov (San Diego)

Horacio Serebrinski (Buenos Aires)

Guillem Feixas (Barcelona)

Pier Giorgio Semboloni (Genova)

Saúl Fuks (Rosario)

Carlos Sluzki (Washington DC.)

Edith Goldbeter (Bruselas)

Luis Torremocha (Málaga)

Nuria Hervás (Sevilla)

Marco Vanotti (Neufchatel)

Annette Kreuz (Valencia)

Jorge de Vega (Las Palmas)

Gilberto Limón (México D.F.)

Manuel Villegas (Barcelona)

Elisa López Barbera (Madrid)

José Soriano (España)

José Antonio Pérez del Solar (Perú)

Tania Zohn Muldoon (Guadalajara)

Esteban Agulló Tomás (Oviedo)

Fernando López Baños (Santander)

Iñaki Aramberri (Bilbao)

COLABORADORES TÉCNICOS

Miriam Anahí Guerra

Claudia Faini Terán

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

No. 42, Diciembre de 2020

SUMARIO

EDITORIAL	7
A. DOSSIERS	
El agradecimiento recíproco: una técnica experiencial para las “separaciones imposibles”	
Alfredo Canevaro	11
Un giro crítico-Poético Para La Práctica Sistémica	
Marcelo Pakman	19
Paradoja-Violencia-Adolescencia. Comunicación-Conducta- Evolución. ¿Cómo se relacionan? ¿Cómo actuar?	
Juan Antonio Abeijon y Iñaki Aramberri Miranda	25
Niños, adolescentes y sus familias: Terapia y mediación sistémica online	
Lia Mastropaolo	33
¿Y dónde está el encuadre? La terapia fuera de los límites del consultorio	
Marcelo Rodríguez Ceberio	43
Comunicação na Pai-Filhos: O papel da vinculação e da expressão do afeto sob o espectro do lugar de género	
Maria Luiza Cobra de Castilho, Madalena de Carvalho y Alda Portugal	55

Terapia Multifamiliar Intensiva en Salud Pública: Aplicación de un dispositivo (EMIT) en Trastornos del Uso de Sustancias Facundo Cócola	67
La terapia provocativa: Creando nuevos contextos usando el humor y el desafío sistemáticamente Federico Sarink	87
Protocolo de entrevista diagnóstica en terapia de pareja Sandro Giovanazzi	95
Fotogramas relacionales: Técnicas redefinidoras para lograr el “zarandeo cognitivo” Alejandra González Monzón	105
La fraternía y su potencial en el encuentro terapéutico Bani Maya Morodo	117
Proyecto de vida adolescente: Una alternativa de intervención sistémica en contextos diversos Pablo Andrés Concha Ponce y Milton Andrés Contreras Sáez	127
¿¡Es suficiente una App para encontrarse!? Investigación exploratoria sobre el uso de las App en la práctica clínica Marika Buciuni, Eleonora Paparo, Lisa Ferrara, Sara Puosi, Rossella Capecchi, Valentina Albertini y Gianmarco Manfrida	133
B. RESEÑA Marcelo Pakman A Flor de Piel: Pensar la Pandemia Esteban Laso Ortiz	145

Editorial

Vivimos una época sin precedentes, una pandemia que nos obliga a suspender la vida cotidiana y cambiar la mayoría de los nuestros hábitos relacionales. El confinamiento, el temor ante lo desconocido, la ansiedad y la depresión han sido el pan de cada día para muchas personas al rededor del mundo.

Esto planteó grandes desafíos para los profesionales de la salud mental, no solo por la creciente demanda de los servicios, sino también por la particular situación de ofrecer la ayuda en la distancia y mediada por la tecnología. Podríamos decir que se trata de un parteaguas de la intervención clínica.

Esta particular situación dio sentido a la convocatoria para el número 42 de Redes, en colaboración con la edición XVI CONGRESO RELATES 2020”, con sede en Asunción Paraguay, con el tema “**Modelo Sistémico: Propuestas Actuales en Distintos Contextos**”. De manera que, para este número, seleccionamos algunos de los mejores trabajos presentados durante el Congreso (a tres meses para algunos y cinco o seis, para otros, de la propagación mundial del COVID, y del inicio del confinamiento) y que luego fueron sometidos al proceso de dictaminación doble ciego de la revista.

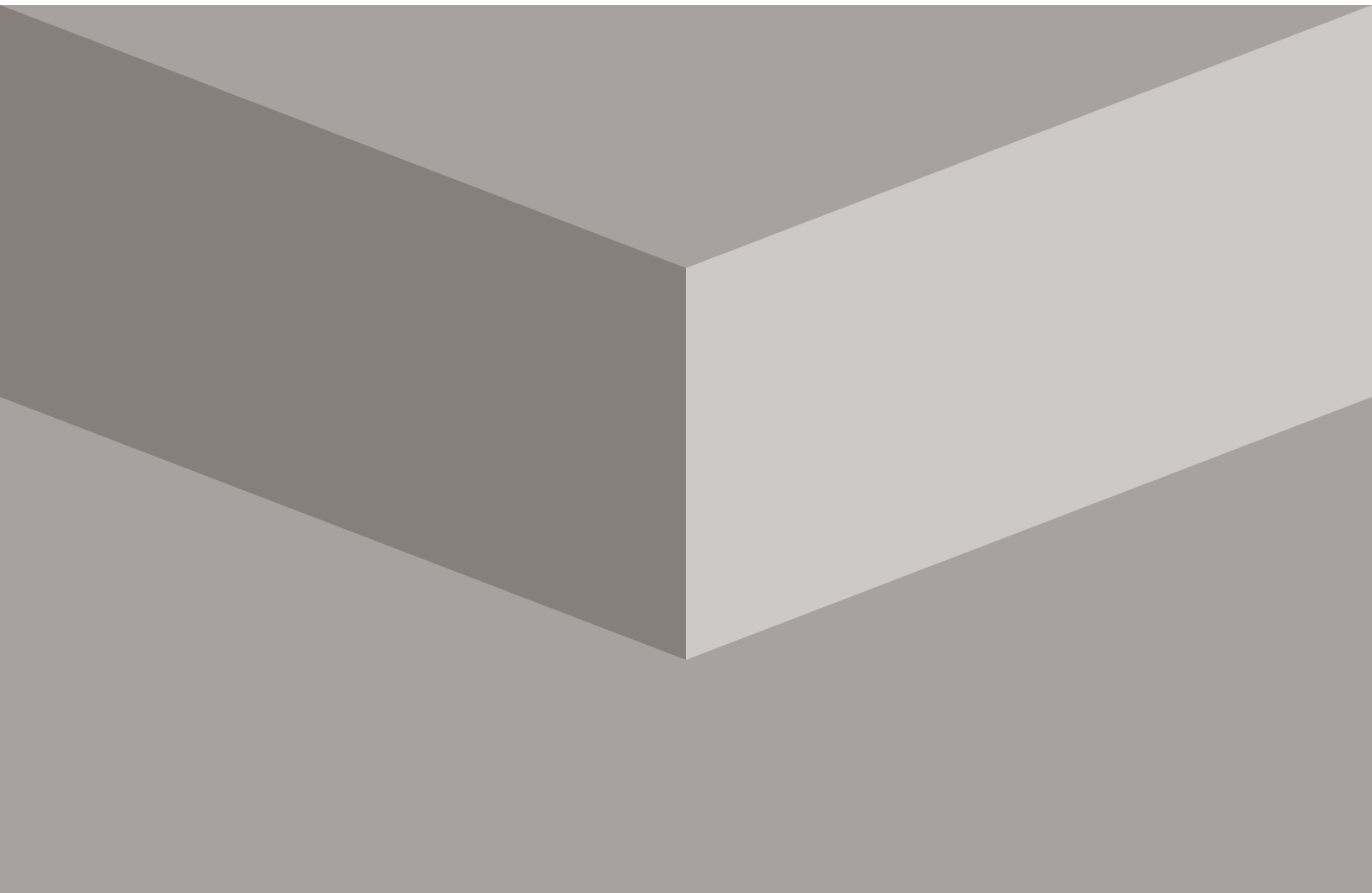
De este modo, la edición 42, se compone de un dossier con 13 artículos y una reseña, cuyos temas trazan líneas de relación con la experiencia profesional de la época presente que nos toca vivir.

Asimismo, nos congratula anunciar que, a partir de este número, en el que publicamos uno de los artículos en portugués, abrimos la posibilidad de recibir artículos en idioma distinto al español, de manera que se ofrezca la oportunidad de publicación, para autores no hispano hablantes, en su idioma original.

Finalmente, hacemos extensiva la invitación a los interesados en difundir sus reflexiones teóricas, sus hallazgos derivados de la intervención clínica u organizacional o de la investigación, a enviar sus trabajos originales y compartir sus experiencias.

Eduardo Hernández y Estebal Laso
Directores Editoriales

Dossiers



El agradecimiento recíproco: una técnica experiencial para las “separaciones imposibles”

Reciprocal acknowledgment: an experiential technique for “impossible separations”

Alfredo Canevaro^a

^aEscuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”. a.canevaro@liberto.it

Historia editorial

Recibido: 30-07-2020

Primera revisión: 30-11-2020

Aceptado: 14-12-2020

Palabras clave

separación, divorcio, agradecimiento recíproco, terapia de pareja

Resumen

Un desafío importante para la terapia de pareja son aquellas en donde predomina la rabia y el rencor que persisten más allá de toda lógica. Han superado estas fases, se han vuelto a casar con otra persona, quizás tienen nuevos hijos y, sin embargo, persiste esta rumiación obsesiva, los contactos de todo tipo, escrito, virtual y personal, que contribuyen a amargar la vida de todos los participantes en este juego de masacre. Hijos, nuevos cónyuges, abogados, familiares contemplan con pena y amargura estos ataques y contraataques que no cesan. ¿Cuál es la causa y qué se puede hacer con esta misión imposible que es desprenderse finalmente de este *ex-partner* que continua siendo un aguafiestas permanente?

Abstract

A major challenge for couple's therapy is one where anger and resentment predominate and persist beyond all logic. They have overcome these phases, they have remarried someone else, perhaps they have new children, and yet this obsessive rumination persists, contacts of all kinds, written, virtual and personal, that contribute to embittering the lives of all participants in this game of massacre. Children, new spouses, lawyers, family members contemplate with sorrow and bitterness these attacks and counterattacks that do not cease. What is the cause and what can be done with this impossible mission that is to finally get rid of this *ex-partner* who continues to be a permanent killjoy?

Keywords

disengagement, divorce, reciprocal acknowledgment, couples therapy

“Pero no hace falta pensar mal de la paradoja, porque la paradoja es la pasión del pensamiento y el pensador sin paradoja es como el amante sin pasión...”
Soren Kierkegaard, “Migajas Filosóficas”

Un desafío importante para la terapia de pareja son aquéllas en donde predomina la rabia y el rencor que persisten más allá de toda lógica. A veces superan todas las fases de la separación psíquica, física, legal y persiste aún un “pegoteo” difícil de explicar. Han superado estas fases, se han vuelto a casar con otra persona, quizás tienen nuevos hijos y sin embargo, persiste esta rumiación obsesiva, los contactos de todo tipo, escrito, virtual y personal que contribuyen a amargar la vida de todos los participantes en este juego de masacre. Hijos, nuevos cónyuges, abogados, familiares contemplan con pena y amargura estos ataques y contraataques que no cesan.

¿Cuál es la causa y qué se puede hacer con este tipo de misión imposible que es desprenderse finalmente de este *ex-partner* que es un aguafiestas permanente?

Claro que las separaciones son una ilusión. Quienes la logran realmente son muy pocos, aquellas parejas que se casaron muy jóvenes, que estuvieron un par de años juntos, sin hijos. Se recuerdan habitualmente como aquellos novios y novias de la adolescencia. Pretender borrar completamente la otra persona de nuestra mente no sólo es imposible sino también inadecuado. Nuestra vida está hecha de encuentros, buenos y malos y constituyen nuestra esencia; no podemos erradicarlos pues sería poco natural.

Cierto es, como decía Nietzsche, (2007) que la amnesia es una de las cualidades más protectoras de la mente: “He hecho esto, dice mi memoria. No lo he hecho, dice mi orgullo y es siempre la memoria que cede”. Pero volviendo a este síndrome tan fastidioso de la separación imposible, tenemos que tratar de entenderla y de desarrollar técnicas que la disuelvan.

2. EL PECADO ORIGINAL DE LA PAREJA

El pecado original de la vida de pareja es querer un *partner* que compense las carencias de cada familia de origen: “Ahora me darás todo el cariño que me faltó y el respeto que no tuvieron por mí”. Esta imagen salvífica del *partner* que pueda compensar las carencias habidas en el seno de la familia de origen está destinada a la desilusión o el fracaso.

La pareja no está hecha para compensar estas carencias. Según mi parecer, se puede resumir así: “Contigo, en el camino de la vida, estoy mejor que sola o solo”. Y nada más. Todo el resto son depositaciones masivas, identificaciones proyectivas que no hacen más que pesar sobre esta relación que a veces sofoca.

El proceso terapéutico consiste en quitar estas proyecciones que oscurecen la relación para saber si todavía existe el amor. Si es así, inmediatamente la llama revivirá; si el amor ha muerto, lo mejor es sepultarlo para que no dé mal olor.

Volvamos a este tipo especial de pareja que a veces vienen de *motu proprio* o enviados por sus abogados, desesperados de no saber qué hacer para resolver los innumerables problemas que esta situación conlleva. Cuando esta pareja entra en el consultorio a menudo sucede que pelean en la sesión en medio de acusaciones de todo tipo. No oyen lo que el terapeuta intenta decir. Han puesto el piloto automático de los reproches y contrareproches.

Es aquí donde se puede utilizar esta técnica tan paradójica como paradójica es la situación. Ellos están separados físicamente pero siguen unidos emocionalmente como gemelos siameses que nada pueden hacer para mejorar su condición.

Hace más de 30 años Florence Kaslow y Linzer (1987) propusieron hacer un ritual de separación tornando como ejemplo el único ritual religioso que se conoce y es el del judaísmo antiguo empleado por los ortodoxos. Se reúne un tribunal compuesto de tres rabinos, el Beth Din, que elige a uno de ellos que convoca la ex-pareja y pide al ex-marido (solo él lo puede hacer) que entregue a la ex-esposa el Guet, que es un papel compuesto de 12 líneas escritas en arameo que permite que la ex-esposa, una vez disuelta la unión, pueda volver a casarse.

Entonces, el rabino dice a la pareja: “Ustedes se amaron y tuvieron hijos. Ahora el amor ha muerto. Agradézcanse el bien que se dieron y cada uno siga por su camino, separadamente”.

A partir de esto, Kaslow y Linzer hacían una especie de sociodrama convocando a hijos, amigos y parientes y desde el lugar del rabino, ejercía este rol con la pareja presente, en medio de una atmósfera de tristeza y de alivio consiguiente.

Yo considero que este ritual, si bien útil, no tiene la potencia necesaria para disolver una relación constelada de odios y rencores que mantienen la situación. Ante esta paradoja de seguir unidos a pesar de la separación, es necesario una contraparadoja que los impacte mucho y pueda provocar un cambio de los esquemas emocionales que luego cambien las cogniciones.

Es por eso, que en medio a los virulentos ataques recíprocos, el terapeuta les pide sentarse frente a frente, tocándose las rodillas y tomándose de las manos. El terapeuta debe indicar con mucha firmeza el ejercicio, a pesar de algunas quejas que a veces los pacientes expresan. Basta decir: “Hagan esto...” y responder a las quejas diciendo: “Ustedes vinieron (o fueron mandados) para ser ayudados en estos problemas. Necesito que hagan lo que les pido concentrándose en mis indicaciones”. Acto seguido pregunta quién quiere empezar y luego les da las instrucciones que veremos más adelante.

4. EL CASO DE RENATA Y JULIO

Renata, 36 años, divorciada con tres hijos, empleada, viene junto a su ex-compañero Julio de 43 años, empleado, divorciado con un hijo de 17 años. Están juntos desde 5 años, durante los cuales han convivido pocos meses. Ella dice: “Estuvimos bien durante un año y medio y luego stop. Desde hace tres años no tenemos relaciones sexuales. He dicho: ¡Basta! Pero no nos despegamos”. “Estoy de acuerdo”, dice él, “yo soy preciso y ella desordenada”. Me cuentan a grandes líneas la historia de la pareja y las generalidades de las familias de origen de cada uno.

Hacia la mitad de la sesión les pido que se sienten frente a frente, tocándose las rodillas y tomándose de las manos:

T: “Comience usted Julio, y Renata debe escuchar sin hablar ni dialogar; luego le tocará a usted. Julio, agradézcale a Renata todo el bien que ella le ha dado, cosa por cosa.”

Julio comienza con un tono afectuoso:

“Te agradezco haber tenido la disponibilidad de estar cerca.

Te agradezco porque te preocupaste por venir de vacaciones conmigo.

Te agradezco por haberme soportado cuando jugábamos. Te pido perdón por haberte faltado de respeto.

Te agradezco por todas las veces que has cocinado para mí.

Te agradezco porque has hecho de todo para volver conmigo, ahora no lo sé...”

Cuando Renata comienza a hablar, ligeramente emocionada, dice:

“Te agradezco cuando jugábamos al básquet.

Te agradezco porque he sido feliz contigo.

Te agradezco porque me has ayudado con los hijos llevándolos al colegio, a gimnasia, etc.

Te agradezco por las sensaciones fuertes que me has hecho probar”.

Cuando termina Renata les pido que se abracen en silencio por el tiempo necesario. Se estrechan en un abrazo largo e intenso, y hay suspiros y lágrimas de ambos. Este es otro de los momentos de la técnica que despierta más perplejidad y alguno de los participantes se resiste a hacerlo. De nuevo el terapeuta debe insistir firmemente hasta que lo hagan.

Cuando terminan les digo: “Estas emociones fuertes que han probado, manténganlas circulando dentro de ustedes los próximos días. No las encasillen enseguida. Nos veremos dentro de un mes.”

Un poco asombrados por no poder comentar lo hecho, se despiden y se van. Un mes después, horas antes del encuentro, Renata me manda un WhatsApp diciendo: “Esta vez me he cansado y he dicho basta para siempre. Nos hemos separado definitivamente. Le agradezco mucho su ayuda y lógicamente no iremos esta tarde”.

Después de año y medio he confirmado que desde el día del WhatsApp la relación no continuó y Renata se mostró muy satisfecha por el único encuentro, ya que “aquellas cosas nunca las habíamos hablado”.

5. FRANCISCA Y SALVADOR: LOS DIVORCIOS LIGITIOSOS

Hay veces en que la indicación proviene de ambos abogados, desesperados por no saber qué hacer. Es el caso de Francisca, camarera de un restaurant, de 40 años, y Salvador, de 43, chofer de ómnibus. Estuvieron casados por 13 años y tienen dos hijos, Graciela de 12 años y Juan de 10 años. Hace dos que se han separado legalmente y ambos tienen nuevas parejas.

El problema insoluble para los abogados es que Francisca no acepta que la nueva compañera de Salvador administre los horarios de sus hijos. Ella insiste en que Salvador lo haga, en que sea él quien venga a buscar a sus hijos los días que le toca recibirlos en su casa. Actualmente están con la madre, vienen sábado o domingo por la tarde y permanecen durante una semana; la siguiente semana están miércoles, jueves y viernes con Salvador.

Los padres discuten fuertemente, a gritos; sobre todo Francisca: “Los niños hacen los deberes conmigo y debes ser tú quien los venga a buscar. Manuela (la nueva compañera de Salvador) me ha pasado por encima, critica a nuestros hijos y es celosa”. Salvador replica; “la relación se ha roto...”

Les pido que se sienten frente a frente y Francisca me mira escandalizada: “¿Cómo nos pide esto?” Serenamente insisto: “hágalo”. Ellos obedecen y se toman de las manos.

Deciden que comience Francisca y ella dice:

“Te agradezco por haberme dado dos niños.

Te agradezco porque han habido momentos hermosos.

Te agradezco cuando nos conocimos y nos comprendíamos.

Te agradezco el viaje a la playa.

Te agradezco porque a veces me comprendías.

Te agradezco por los momentos que has estado cercano”.

Cuando le toca a Salvador, emocionado dice:

“Te agradezco por los hijos que me has dado

Te agradezco porque estaba perdido y me salvaste (llora).

Te agradezco por los momentos lindos que pasamos juntos.

Te agradezco por el crucero por el Mediterráneo.

Te agradezco por los platos que me has cocinado.

Te agradezco por habernos encontrado”.

Cuando le pido que se abracen en silencio por el tiempo necesario es nuevamente Francisca quien me mira perpleja. Le digo firmemente que lo haga y ambos se estrechan en un largo abrazo, muy emocionados. Los despido con una cita para el mes siguiente.

Cuando llegan, visiblemente tranquilos, Salvador dice: “El problema son los niños. Ella dice

que conmigo están mal.” Francisca responde: “Por el mantenimiento económico he aceptado el parecer de los abogados. Sólo que los niños no están bien porque tienen que estar con su nueva compañera y no conmigo. Ella no es normal”. Salvador apunta: “Cuando ha entrado tu padre ha arruinado nuestro matrimonio”. Pese a todo esto, se han puesto de acuerdo en todos los puntos conflictivos y lo único que falta es que los niños acepten lo decidido.

Programamos entonces la tercera y última reunión con los hijos presentes. Graciela, ponderada y serena describe la situación con lujo de detalles, como si fuera una terapeuta familiar. Juan escucha y asiente a todo lo dicho por su hermana. Están de acuerdo con todo lo decidido y entonces redactamos el acuerdo firmado por los cuatro y signado por mí para ser enviado a los abogados (que, aliviados, no paran de agradecer lo actuado).

Estos son ejemplos típicos del efecto paradójal de esta técnica: romper el círculo vicioso de los reproches y contrareproches que mantienen el grumo emocional por la rabia de haber perdido ese tiempo de vida y por no poder aceptar que todo el valor de esa unión se haya malgastado. Simplemente es darse cuenta que no ha sido tiempo perdido, que no todo ha sido una porquería y que los valores en los que ellos creían se mantienen, cosa que permiten, paradójicamente la separación.

Hipotéticamente, el mecanismo puede partir de que han sido las identificaciones proyectivas depositadas en el *partner* para suplir las carencias de la propia familia de origen lo que ha hecho saltar la relación. Por el contrario, reconocer las cosas positivas recibidas del otro reivindica el aspecto positivo de la relación, con lo que la persona prefiere divorciarse de este *partner* para proteger los objetos primarios a seguir depositando las identificaciones proyectivas sobre otra persona.

6. LA TÉCNICA COMO TEST: LUCÍA Y MATEO

Ahora falta describir un aspecto importante de la técnica cuando es utilizada en las situaciones en que la ambivalencia demostrada no le permite al terapeuta saber si mejorarán en la terapia de pareja, aumentado el vínculo positivo o si deberán iniciar una terapia del divorcio si ellos la aceptan. Se trata de un caso referido por la abogada de Lucía, 45 años, camarera, divorciada con dos hijos de 20 años y 16 años; y Mateo, 49 años, representante de comercio, soltero. Estuvieron tres años de novios y se casaron hace cuatro años.

Lucía dice: “Desde enero él se fue de casa. La única certeza es que estamos enamorados aunque tenemos diferencias cotidianas importantes, pero no conseguimos dejarnos”. Él responde: “He dejado todo y todos. El problema existía desde hace tiempo. Luego de un periodo, la extraño, pero luego hay insatisfacción”.

Lucía comenta: “Yo he sufrido la separación. Yo pienso todo lo que digo. Él está cargado de trabajo de responsabilidad y está acostumbrado a mandar y yo he sido siempre independiente”, a lo que Mateo replica: “Tenemos una visión distinta de la vida. Yo tenía otra compañera pero el primer encuentro con Lucía me fulguró. Me ha dado tanto y me hacía sentirme realizado, pero ella tiene dos hijos y todos bajo el mismo techo...”

Cuentan sus respectivas historias de vida y nos vemos unos días después.

Mateo comienza apuntando: “El problema es el diálogo. Antes, acostumbraba a decidir solo. Ahora tengo que...”

Terapeuta: “¿Si pudieran separarse, lo haría?”

Mateo: “Sí. Pero apenas nos vemos nos acercamos. Y...”

Lucía: “Sé que soy capaz de prescindir de él pero no quiero separarme. Puedo estar lejana si lo decido, pero no quiero separarme. Es una elección de vida”.

En ese momento les propongo la técnica.

Lucía:

“Te agradezco por cómo has entrado en mi vida y por haberme hecho creer que puedo no ser siempre fuerte.

Te agradezco por aquella tarde en que me dijiste: “Pienso en ti”.

Te agradezco por haberme hecho creer que el amor existe en serio y que puedo ser una mujer.

Te agradezco por las veces que me acariciaste la cabeza.

Te agradezco por haber amado a mis hijos.

Te agradezco por haber estado”.

Mateo:

“Te agradezco por aquello que he sentido contigo y que nunca más volveré a sentir.

Te agradezco por un sentimiento que llamo amor.

Te agradezco porque te ocupaste y seguirás ocupándote de mí.

Te agradezco por todas las cosas que harás por mí.

Te agradezco porque estarás siempre conmigo.

Te agradezco por todo lo que me darás y por aquello que me has dado que ha sido tanto, tanto”.

Se abrazan larga y tiernamente y ella lo besa. Tiempo después, la abogada de Lucía confirma que han continuado separados y que están perfeccionando el procedimiento del divorcio. A pesar de todas las afirmaciones amorosas, el terapeuta percibía una clara ambivalencia en ambos, pero fue el *test* lo que decidió.

Una vez más, la confirmación que todo no había sido inútil, permitió la separación. El fuerte impacto contra paradójico sacude intensamente a los protagonistas y el efecto sorpresa es necesario para cambiar las improntas relacionales que por mucho tiempo han modelado las relaciones.

En otros casos, la pareja, luego de esta manifestación de reconocimiento mutuo está mejor, más afianzados en el vínculo, como si hubieran hecho el balance emocional explicitando vivencias importantes de ambos y disminuyendo la ambivalencia.

7. ALGUNAS REFLEXIONES, DIFICULTADES Y SUGERENCIAS PRÁCTICAS

Esta técnica, si bien muy distinta de las aplicadas por Mara Selvini Palazzoli a las familias de psicóticos y anoréxicas, tiene ecos de la creatividad de esta gran terapeuta que sacudió el mundo de la terapia familiar en los años 80 usando conceptos de la paradojalidad humana en la psicoterapia ya expresados por Víctor Frankl y Paul Watzlawick (entre otros) pero aplicándolos por primera vez al grupo familiar con la contraparadoja de la connotación positiva.

A esto es necesario añadir la gran contribución de Esteban Laso (2015, 2019) al estudio de los procesos emocionales de la familia y de la tarea terapéutica necesaria para cambiar. Como menciona Laso:

La experiencia emocional humana transcurre dentro de una dimensión que va de lo superficial, inmediato, fluctuante, llamativo y ocasional (el foco) a lo profundo, sutil y constante (el trasfondo) en la que podemos distinguir tres fenómenos: arriba, la emoción propiamente dicha, a mitad de camino, los estados de ánimo y acercándonos al núcleo del ser, la “sensación de sí mismo”. Esta última es crucial para la tarea terapéutica, sobre todo en los casos complejos: por regla general, cuanto más grave el trastorno, tanto más comprometida está la sensación de sí. A diferencia de la emoción, la sensación de sí no responde directamente a la situación actual sino a la amalgama de experiencias emocionales previas (en particular las relaciones con el apego y la competencia) ... la sensación de sí es duradera y sólo fluctúa tras experiencias de gran calado (Laso 2015).

Procesos emocionales de la familia y en la tarea terapéutica

La experiencia emocional humana transcurre dentro de una dimensión que va de lo superficial, inmediato, fluctuante, llamativo y ocasional (**FOCO**) a lo profundo, sutil y constante (**TRASFONDO**) en la cual podemos distinguir tres fenómenos: arriba, la emoción propiamente dicha, a mitad de camino, los estados de ánimo y acercándonos al núcleo del ser, la "sensación de sí mismo".

LASO Ortiz, E. (2015) "Terapia familiar en clave emocional: Breve revisión histórica" Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Vol.18, N°2 México.

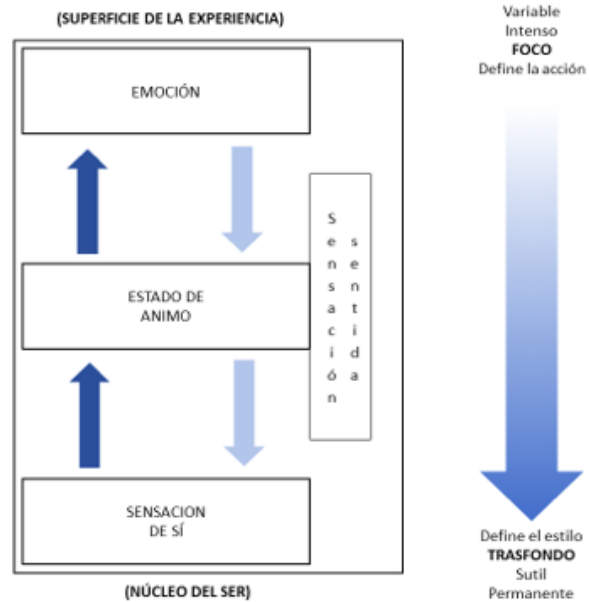


Figura 1: La continuidad de la experiencia humana

Más adelante, cita a Johnson (2004) cuando dice que las terapias de pareja exitosas atraviesan dos fases: la disolución de los circuitos defensivos seguida, cuando es viable, de la reconstrucción basada en las mutuas muestras de cariño. Es precisamente lo que impacta de esta técnica contraparojal que enfatiza lo no dicho pero necesario para balancear los aspectos positivos y negativos de toda experiencia humana, sobre todo en una relación tan especial como es la de la pareja.

En cuanto a las dificultades, los nuevos cónyuges están acostumbrados, a veces por años, a oír las perennes quejas y acusaciones que su *partner* dedica a la relación mantenida con su ex y también a su persona. Son testigos, muchas veces, de algunas de esas "maldades". Por eso, la perplejidad ante esta nueva posición que no los ha incluido puede ser un obstáculo para el resultado. Claro está que el efecto sanador de la intervención terapéutica contribuirá a disminuir las quejas del ex-cónyuge y por tanto ayuda a la distensión de todo el sistema. En este punto de la investigación clínica se trata de un tema pendiente; pero la intervención podría teóricamente seguirse de una inclusión de estos ex-cónyuges si es que hay un proceso terapéutico o en una *divorce-therapy*.

Otra dificultad la presentan los abogados, sobre todo aquellos que insisten en la errónea estrategia de buscar la culpa, para lo que han sido entrenados durante toda su carrera. Buscar la culpa en una relación circular y auto determinante como es la pareja lleva a una calle sin salida. Estos abogados, frente a un cambio copernicano de su cliente, pueden querer continuar con una guerra sin cuartel. En estos casos podría ser útil una reunión terapéutica que englobe a ambos abogados con los clientes si es que fuera posible.

Está claro que el efecto sorpresa de la contraparadoja es lo más importante de la técnica. Para eso, el terapeuta debe administrar sabiamente el *timing* del encuentro: efectuar la técnica ya en la primera o máximo la segunda sesión, hacia la mitad, para terminar aproximadamente a la hora prevista. Ha de ser determinado y saber que es el único cartucho que dispone. *No lo puede malgastar*. Cerrar el encuentro enseguida después de la técnica, sin metacomunicar, es también importante para dejar sedimentar la experiencia emocional sin interferir con la crítica lógica.

Cuando es posible continuar con el proceso terapéutico de la pareja, se debe encarrilar hacia una terapia del divorcio que mantenga explícita la ambivalencia de toda interacción humana y haga un balance de esa relación importante que muchas veces debe ser sellado por un acuerdo parental. Es necesario organizar la relación en el marco de una familia reconstituida que tiene sus leyes propias y no las de aquella familia nuclear que fue y que ya no será. En general, en los casos que he visto,

18 ya con toda una vida encaminada separadamente, no siguen viniendo a terapia porque el tema está resuelto; simplemente continúan con sus vidas más aliviados.

Por tanto, esta técnica puede ser muy útil en las mediaciones y además debería ser incluida en las últimas fases de una terapia del divorcio, como preventiva para evitar problemas y para seguir el camino de la convivencia pacífica.

Sólo queda continuar con la investigación clínica disponiendo de una nueva arma terapéutica para la difícil tarea de pasar de una separación imposible a una separación parcial, menos dañina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canevaro, A. (2009). Técnicas experienciales en la psicoterapia de pareja. Seminario en la escuela de psicoterapia Mara Selvini Palazzoli. *Centro Congressuale Fast*. 7 febrero
- Johnson, S. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection*. New York: Rutledge.
- Kaslow, F., Linzer Schwartz, L. (1987). *The dynamics of divorce*. New York: Bruner.
- Kierkegaard, Sören. (1997). *Migajas filosóficas* (trad. Rafael Larrañeta). Madrid: Ed. Bolla.
- Laso Ortiz, E. (2015). Terapia familiar en clave emocional: breve revisión histórica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 18 (2).
- Laso Ortiz, E. (2019). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (Coords.) *El modelo sistémico ante el malestar contemporáneo* (111-144). Madrid, España: Morata.
- Nietzsche, Friedrich W. (2007). *Más allá del bien y del mal*. (traducción de Sergio Albano). Buenos Aires; Gradifco.

A Critical-Poetic Turn for Systemic Practice

Marcelo Pakman^a

^aMédico, conferencista internacional, invitado por instituciones y universidades de Norte y Sudamérica, Europa y Asia, es conocido por sus articulaciones entre filosofía, epistemología, arte y pensamiento crítico con la práctica clínica de la psicoterapia, la terapia familiar y las intervenciones sociales en ámbitos diversos.

Historia editorial

Recibido: 31-10-2020

Primera revisión: 10-11-2020

Aceptado: 19-11-2020

Palabras clave

terapia sistémica, giro crítico-poético, ontología

Resumen

En los últimos quince años he estado desarrollando una perspectiva a la que entiendo, así como quienes se han sentido convocados por la misma, como un giro crítico-poético para la práctica sistémica. Este breve artículo no pretende ser un resumen ni siquiera un bosquejo general sino simplemente enlazar algunos conceptos que están en la base de la misma de modo que, quienes se sientan tocados por algún aspecto puedan luego profundizarlo a través de los libros que la exploran en profundidad: *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia (2011)*, y los dos volúmenes ya publicados de la trilogía *El espectro y el signo: Texturas de la imaginación. Más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico (2014)* y *El sentido de lo justo. Para una ética del cambio, el cuerpo y la presencia (2018)*, todos en Editorial Gedisa.

Abstract

In the last fifteen years I have been developing a perspective that I understand, as well as those who have felt called by it, as a critical-poetic turn for systemic practice. This brief article is not intended to be a summary or even a general outline but simply to link some concepts that are at the base of it so that those who feel touched by some aspect can then deepen it through the books that explore it in depth: *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia (2011)*, and the two volumes *El espectro y el signo: Texturas de la imaginación. Más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico (2014)* and *El sentido de lo justo Para una ética del cambio, el cuerpo y la presencia (2018)* already published as part of a trilogy, by Editorial Gedisa.

Keywords

systemic therapy, critical-poetic turn, ontology

Todos los formados en terapia sistémica se acuerdan seguramente de aquello tan repetido de Gregory Bateson, uno de los padres fundadores y gran gurú de nuestro campo, cuando decía que todo el mundo tiene una epistemología y que los que dicen o piensan que no la tienen, tienen una muy mala. Ese dicho fue interpretado de muchos modos pero un modo prevaleciente de hacerlo, con el tiempo, fue que como Bateson usaba solamente el término “epistemología”, indicaba con ello que no había más ontologías o que, al menos, no hacía falta ocuparse de ellas.

No tener ontologías implica que no hace falta hablar de las cosas que existen independientemente de que uno las conozca o no, sino que basta hablar solamente de nuestras epistemologías, de cómo conocemos, cómo nos relacionamos con lo que conocemos, y a partir de allí se agregó pronto de cómo “construimos” lo que existe. El problema es que esta era una interpretación idealista de lo que dijo Bateson, ya que el idealismo propone clásicamente que existe sólo lo que conocemos y si no lo conocemos, a los efectos prácticos, no existe. Están los radicales de esa postura que dicen, paradójicamente, que “realmente” no existe y están aquellos otros que dicen que no sabemos si existe o no ya que con lo único que tenemos contacto es con lo que conocemos y los procesos de construcción se entienden como procesos cognitivos. El queridísimo Heinz von Foerster lamentablemente avaló aún más esta interpretación cuando dijo: “la epistemología es la causa, la ontología es la consecuencia” (1991). Con esa frase y en contra de lo que él mismo pensaba y sentía en muchos aspectos afirmaba así también que lo que existe depende de lo que se conoce. Yo en este aspecto estoy más de acuerdo con Sartre que pensaba que cuando uno hace depender lo que existe del hecho de que uno conoce, de que uno lo conoce específicamente y de que puede decidir lo que conocer y cómo hacerlo, se está metiendo en un pantano idealista que encarnaba además una voluntad de ignorancia, un fenómeno muy humano determinado por motivos que él estudió en profundidad (1995).

Quienes postulan que no hay una ontología más que como una consecuencia epistemológica en lugar de terminar con la ontología lo que hacen es crear una ontología de intensidad nula, un conjunto vacío, que se sostiene como tal, en su vacuidad, a través de una negación permanente de carácter micropolítico que, más allá de las contradicciones teóricas, va en contra de la experiencia de aquellos mismos que lo afirman, ya que ellos continúan viviendo en un mundo o en mundos en los que existen cosas que no surgen del conocimiento y que se ven obligados a reconocer en lo cotidiano.

Contra esa interpretación de esa frase de Bateson, afirmada por esa otra frase de von Foerster, diferentes posturas teóricas, incluidas esas mismas, tienen diferentes ontologías, postulan qué es lo que existe, le dan legitimidad a ciertas cosas y no a otras pero, en todo caso, no deciden con ello qué es lo que existe sino solo su legitimidad teórica. Esto por cierto no se da solamente en el campo de la psicoterapia aunque se da también en el campo psicoterapéutico. Gran parte de esas ontologías se inclinaron, en el siglo XX, a tener lo que se ha llamado un carácter eliminativista, como lo ha llamado Graham Harman (2013), que elimina parte de lo que existe condenándolo a la inexistencia y legitimando solamente un campo más restringido de lo existente. Por ejemplo, las ciencias empíricas para quienes están muy apegados a las mismas eliminan todo lo que no es el basamento físico, químico o biológico de lo que están estudiando.

En nuestro campo quienes están en esa postura, después de la década del cerebro de los años 90, consideran que lo único que existe y le da fundamento a todo lo demás, es aquello que pueden estudiar los neurobiólogos, los neurotransmisores por ejemplo, que sin ninguna duda tiene su nivel de existencia pero el problema aparece cuando se dice que eso es lo único que realmente existe y es el fundamento de todo lo demás. Para quienes estudian cosmología eso es más fácil de sostener pero para quienes estamos en nuestro tipo de trabajo es más difícil porque implica una cirugía mayor que elimina todas las cosas culturales, sociales, psicológicas, la cualidad de la experiencia cotidiana, cosas que sin duda también existen. Este es un tipo de reduccionismo hacia lo más elemental. Pero esta también el reduccionismo hacia lo más elevado que hacen las corrientes culturalistas para las cuales lo que existe es lo que está en un nivel social, cultural, político y en muchos casos lingüístico. Al hacerlo entienden por lingüístico lo que está implicado en el lenguaje cuando este ya está plena-

mente desarrollado y ya tiene esa capacidad fantástica de hablar con precisión acerca de significados que son interpretables. Pero esto no agota al fenómeno lingüístico. Una adhesión muy apasionada a esta perspectiva elimina, por ejemplo, todo lo que están diciendo, al mismo tiempo, los científicos empiristas. Pero ambas posturas coluden en eliminar, en no legitimar la existencia como parte de la realidad en que vivimos, de la experiencia tal como la vivimos en la vida cotidiana, experiencia que viene con los colores y los sabores del mundo, todo lo que viene a través del sensorio, es decir, no necesariamente a través de uno de los sentidos, pero que son parte de nuestra experiencia, de la cualidad, de la textura de la misma. Por ejemplo, abrimos la puerta de nuestra consulta, vemos por primera vez a alguien y tenemos una respuesta que, para empezar, nunca es neutra, que es ya siempre algo que tiene un color, un “sabor” incluso, porque los pacientes, clientes, consumidores no vienen como palabras descarnadas ni como fenómenos físico-químicos a los que tenemos acceso directo como tales. De esta manera, tanto las ciencias empíricas como los desarrollos culturalistas como los del giro lingüístico de la segunda mitad del siglo XX, por ejemplo, entraron en colusión eliminando, no dándole legitimidad a lo que es la experiencia cotidiana con su cualidad, fenómeno que en la Edad Media interesaba mucho, así como interesaba también Dios. Y a esas cualidades de la experiencia cotidiana así como la sentimos, como aparece, se las llamaba *qualia*.

A mí me interesó investigar cómo se estaban desarrollando estas cuestiones en el campo de la psicoterapia, en particular pero no exclusivamente en el campo de la terapia sistémica y familiar, y me interesó ver que esta cirugía mayor que se estaba dando, que eliminaba aspectos numerosos e importantes de la experiencia cotidiana, era problemática porque es con esas cualidades texturales de la experiencia que aparecen nuestros pacientes por más apego que uno tenga teóricamente a las ciencias empíricas o a los desarrollos del giro lingüístico ya que uno no suele vivir su vida solamente de acuerdo con sus teorías. Como dice el filósofo italiano Giorgio Agamben (2018) el que habla y el que vive no son el mismo, aunque están relacionados, porque uno puede decir cosas que no son aquellas por las cuales uno se rige siempre en su vida cotidiana y esto nos pasa a todos y cada uno de nosotros. Es decir, el lenguaje, una vez que está plenamente desarrollado, tiene, a través de su capacidad de hacer abstracciones, que son muy útiles por otra parte, la capacidad de desprenderse de la experiencia corporal, de la experiencia sensorial y de la materialidad de la vida. Este ha sido de algún modo el punto de partida de mi trabajo de los últimos quince años.

Y metiéndome con toda esta cuestión lo que encontré es que estas teorizaciones eliminativistas son las que con frecuencia le dan legitimidad a la práctica clínica al enseñarse y ser adquiridas por aquellos que están empezando en este campo de trabajo, ya que se transforman en lentes que permiten ver y, al mismo tiempo, eliminan, cosas que se podrían ver ya que existen si no fuera que uno incorpora una máquina mental que las elimina o reduce a una categoría mínima o nula de existencia. Y estas cosas que se eliminan son con frecuencia *singularidades*. ¿Que son singularidades? El término singularidad no es sinónimo de individualidad sino que nombra un fenómeno que resulta difícil de clasificar. Ante este fenómeno uno se queda perplejo porque es realmente nuevo y no entra fácilmente en aquello que ya es consabido. Con-sabido, lo que sabemos juntos porque es ya parte de una tradición de conocimiento. La singularidad es uno de los fenómenos que tendió a ser, paradójicamente, eliminado de nuestro campo terapéutico, un campo que aunque se ocupa con pasión de la cuestión del cambio cuando aparecen situaciones singulares, como las que nos presentan o con quienes suceden con aquellos que nos consultan, son rápidamente vistas a través de esa máquina que tenemos incorporada bajo la forma de conocimientos, de modelos, son incorporadas en el tipo de cosas que ya conocemos y con las que sabemos hacer algo. Esto es muy bueno para ejercer la profesión y aunque muchas veces funciona otras tantas deja también una insatisfacción tanto en nosotros como en quienes nos consultan ya que el núcleo de aquello que los llevó a consultar nunca fue tocado. Ahora bien ¿cómo se tocan la singularidades? ¿es posible tomarlas como tales? Porque hay una paradoja aquí. Si uno quiere verlas como singularidades en sí mismas únicas e inclasificables se queda perplejo ante ellas y no tiene nada que hacer o que decir. Y si uno las reduce a la fuerza a lo que uno ya conoce las destruye en tanto singularidades. Ese es uno de los estrechos bordes que

tenemos que recorrer en nuestra práctica.

Para hacer las cosas aún más complejas me vi llevado a estudiar algo a lo que le llamo “micropolíticas de la vida cotidiana” que son las que mantienen socialmente y subjetivamente estas posturas legitimadoras de la práctica. ¿Por que lo de micro? Pues porque está la gran política, la de los estados, los partidos políticos, de la que en general leemos en los diarios, que hacen a los titulares con los grandes personajes que habitan las organizaciones y estamentos gubernamentales. Esa es la macropolítica o política a secas que proviene de la *polis* griega, el *logos* racional aplicado a la ciudad, es decir que trata de lo que sucede de puertas para afuera. Pero la micropolítica tiene su origen en otro concepto muy importante en la Grecia clásica, el concepto del *oikos*, el hogar de puertas para adentro que tenía también sus propias normas que regían a quienes allí vivían, algunos que eran ciudadanos, otros que eran esclavos, pero que también incluían a las relaciones con los dioses que, aunque vivían en el Olimpo, tenían efectos tanto adentro como afuera del hogar. El mundo del *oikos* no es entonces el mundo de la *polis*. La micropolítica se puede considerar una heredera del mundo del *oikos* en el cual también importa mucho la subjetividad. En el siglo XX Félix Guattari se ocupó de micropolítica mientras que Michel Foucault usó raramente el término pero habló con frecuencia de cuestiones que, en mi opinión, hacen a la micropolítica. Por ejemplo, Foucault hablaba de que todo el tiempo somos parte, habitamos, *dispositivos* que nos atraviesan y están configurados por conocimientos y por relaciones de poder que no se refieren al poder jerárquico, piramidal, sino a un poder horizontal que se da entre nosotros y al que incorporamos no por obligación sino porque somos reclutados por el mismo para organizar la vida cotidiana y que trae de contrabando muchas perspectivas sobre el mundo. Es importante subrayar que no estamos totalmente determinados u obligados por ese poder horizontal porque no constituye un sistema coercitivo, sino hegemónico.

Contrariamente a como se suele entender el término hegemónico, como sinónimo de un sistema coercitivo que todo lo ocupa y que nos obliga, como si fuera un sistema donde tenemos un revólver en la sien obligándonos a actuar del modo en que lo hacemos, lo hegemónico es un sistema que uno adopta en libertad, que no es absoluta porque uno está expuesto a la presión social, a la propaganda. Se trata de encontrar modos de resistir que estas micropolíticas eliminen nuestra posibilidad de dar cuenta de cosas que se han transformado en malas palabras o son insensiblemente eliminadas o reducidas a un grado de existencia mínimo o nulo, como las singularidades, o como la existencia de cosas que son verdad independientemente de que alguien las conozca o esté expuesto en ese momento conscientemente a ellas o no lo esté, y que tienen que ver con el hecho de que estamos en un mundo del cual en principio no tenemos que eliminar ninguna parte.

¿Cómo se sale de esto? No se sale de ningún modo permanente. Hay una tensión permanente para encontrar espacios que permitan dar cuenta efectivamente de estas singularidades. Y esos espacios no se encuentran de un modo extraordinario, ya que se trata de dar lugar a cosas a las que en principio estamos abiertos, que constituyen apariciones del mundo que nos llegan como *imágenes* que a veces parecen impertinentes pero que nos abren puertas a lugares para recorrer en las sesiones con nuestros pacientes y yo le he dado por llamar a estas apariciones a través de imágenes, *eventos poéticos* no porque piense que haya que hacer poesía en la terapia. *Poiesis* quiere decir, no sólo lo que tomó Humberto Maturana para hablar de la biología en general incluida la humana como una biología del conocer, sino que también se refiere a aquello que aparece, que nace a la presencia. Y al aparecer le da intensidad existencial a cosas hasta el momento soslayadas, eliminadas. Y a veces son cosas que estaban allí pero no llegaban a tocarnos material, corporal o sensualmente porque el umbral de sensibilidad prescrito por las micropolíticas dominantes que nos reclutaron las dejaba en un nivel mínimo o nulo de existencia. Entonces cosas que sabíamos nos pueden tocar de un modo que antes no lo hacían y debemos tomarlas en cuenta, ya que se constituyen como eventos en que esas apariciones, imágenes del mundo que nunca se nos da plenamente sino fragmentariamente, deben ser luego incorporadas en un trabajo de la imaginación que las com-posibilite, que haga posible su existencia junto a lo que ya estaba allí desde antes. Esto a veces es posible y a veces no, ya que implica cambios que hagan posible esa integración práctica que no siempre estamos dispuestos a

encarar. Surgen allí dilemas que con frecuencia son éticos más que problemas que admitan una solución. Y nosotros estamos permanentemente expuestos a imágenes que aparecen en el modo de la percepción, de la ficción, de la emoción, del pensamiento racional, y que con frecuencia parecen ser impertinentes. Esto se puede ver claramente si uno analiza registros de sesiones de terapia no llevados por encontrar aquello que el modelo nos dice que tenemos que encontrar sino para encontrarse justamente con las excepciones al modelo, la enorme cantidad de cosas que uno hace y los caminos en que nos metemos no llevados por nuestros modelos sino como respuestas a la situación en ese momento a la que se suman las imágenes que son apariciones del mundo y no meras apariencias, y que responde en parte a una tradición en la que hemos aprendido y por la cual estamos formados y que no es solo la tradición profesional sino que tiene que ver con nuestros aprendizajes en la vida en general, la vida familiar, social, pero también provienen de fuentes que no logramos reconocer pero se ofrecen en su presencia como materiales para tejer novedades en nuestra vida.

Y de estos eventos poéticos surge un modo de distanciarse efectivamente de las micropolíticas dominantes que puntúan nuestra cotidianidad y ese distanciamiento efectivo es el aspecto crítico de esta postura más que una crítica abstracta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. (2018), *What is Philosophy?*, L. Chiesa (trad.). California: Stanford University Press, Stanford.
- Harman, G. (2013). Discovering Objects is More Important Than Eliminating Them. En G. Harman, *Bells and Whistles. More Speculative Realism*, Winchester, UK: Zero Books, Alresford.
- Pakman, M. (2018). *El sentido de lo justo. Para una ética del cambio, el cuerpo y la presencia*. Barcelona: Gedisa.
- (2014). *Texturas de la imaginación. Más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico*. Barcelona: Gedisa.
- (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- Sartre, J.P. (1995), *Truth and Existence*, Adrian van den Hoven (trad.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

Paradoja-Violencia-Adolescencia Comunicación-Conducta-Evolución ¿Cómo se relacionan? ¿Cómo actuar?

Paradox-Violence-Adolescence Communication-Behavior-Evolution How do they relate? How to act?

Juan Antonio Abeijón^a, Iñaki Aramberri Miranda^b

^aSupervisor Docente de la EVNTF juanantonio.abeijon@gmail.com, ^bSupervisor docente de la EVNTF

Historia editorial

Recibido: 12-09-2020

Primera revisión: 12-11-2020

Aceptado: 30-11-2020

Palabras clave

paradoja, adolescencia,
consumo de sustancias,
trastornos de conducta,
parentalidad

Resumen

El/la adolescente se encuentra con la paradoja de necesitar al adulto para poder definirse a sí mismo/a, y al mismo tiempo de no poder aceptar esa necesidad. Y a veces el adulto no es capaz de responder a estas necesidades del/de la adolescente porque le genera contradicciones con su propia adolescencia. Esto conlleva que la búsqueda del/de la adolescente se haga “por caminos tortuosos”, desafiando las normas, y a veces con comportamientos violentos. Cuando estas familias acuden a terapia nos traen situaciones paradójicas. Es la forma de mostrarnos sus dificultades relacionales y de activarnos para que desafíemos su funcionamiento familiar. En este artículo presentamos reflexiones sobre situaciones paradójicas que aparecen en terapias familiares donde los progenitores critican un consumo de sustancias que por otro lado “consienten” y que pueden ser vistas como forma de mandar mensajes a los/las terapeutas sobre las dificultades y contradicciones de dichos progenitores en ejercer la parentalidad con adolescentes conflictivos/as. Estas contradicciones paradójicas generan también una activación en el sistema terapéutico que nos permitirá entrar a cuestionar estilos relacionales cuya conflictividad no siempre viene expresada de manera directa, sino que viene escondida tras esas paradojas que nos traen a la sesión. ¡Bienvenidas sean!

Abstract

The adolescent finds himself/herself with the paradox of needing an adult to define himself/herself and, at the same time, not being able to accept this necessity. Sometimes the adult is not able to answer the adolescent's needs as they can generate contradictions in relation to his/her own adolescence. This leads to the search of the adolescent being done through “devious roads”, challenging the rules and sometimes with violent behaviors. When these families come to therapy they bring us paradoxical situations. It is the way to show us their relational difficulties and of activating us to challenge their family functioning. In this article we present some reflections in relation to paradoxical situations that appear in family therapies where the parents criticize a substance use that in other situations they might “consent” and that can be seen as a way to send messages to the therapist about the difficulties and contradictions of the parents to exercise parenting with conflictive adolescents. These paradoxical contradictions also generate an activation of the therapeutic system that allow us to question relational styles whose conflictivity is not always being expressed in a direct way, but hidden in those paradoxes that the session gives us. Welcome!

Keywords

paradox, adolescence,
substance use, behavioral
disorders, parenting

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo del ciclo vital familiar hay una fase, la de la adolescencia, en la que el ejercicio de la parentalidad se complica, pues es el período en el que el joven desplaza sus inversiones afectivas hacia sus pares, poniendo distancia emocional con su familia de origen.

Esto conlleva a una nueva definición de las relaciones entre los padres y los hijos y un aumento de las negociaciones en torno a qué se le permite hacer y qué no, y qué nivel de autonomía va adquiriendo, concepto que los padres tienden a relacionar con “la responsabilidad” mientras que para el adolescente va relacionado con “la libertad”.

Y como dice Micucci (2006): “Dejan de considerarlos [a sus padres] como las figuras de autoridad todopoderosas y omniscientes de la infancia; en cambio, empiezan a distinguir sus fallas con notable claridad, y su forma de señalárselas suele caracterizarse por una notable falta de tacto” (p. 100).

Por una parte es una fase en la que hay un mayor cuestionamiento de los padres por parte de los hijos. Pero por parte, de los padres a nivel socio-cultural también hay una disminución del consenso sobre cómo educar a los hijos. Y está habiendo una menor presencia de los padres en la familia tanto por motivos laborales como por fracturación de familias lo cual genera que estos progenitores estén a la espera de ser aceptados de manera afectiva, que su menor presencia no sea vista de manera negativa. Y además es un momento histórico-social en el que los padres con hijos adolescentes han pasado también por sus períodos de contestación y rebeldía ante sus propios padres, lo que pueda llevarles a sentirse inseguros sobre los límites y normas que deben aplicar.

Los adolescentes se encuentran ante la paradójica contradicción de necesitar al adulto que rechazan y los padres se encuentran ante la paradójica situación de necesitar ser aceptados por los hijos y que sean aceptadas las normas que (aunque de otra manera, y ante temas distintos –pelo largo antes frente a tatuajes y *piercing* ahora, llegar tarde a la noche frente a fugas de casa ahora) ellos en su adolescencia desafiaron.

2. ADOLESCENCIA

Como hemos comentado antes, la adolescencia es una fase de individuación afectiva, con una necesidad por parte del adolescente de liberarse del sentimiento de dependencia de los adultos lo cual les lleva a un rechazo de las reglas que estos adultos y en concreto sus padres proponen. Este joven pone distancia por temor a ser invadido por sus padres, pero también desde su inseguridad percibe una necesidad de ser ayudado por ellos lo que le genera un sentimiento de ansiedad debido a su temor a perderlos, y oscila entre decirles:

- “dejadme en paz, ya no soy un niño”
- “es que no me hacéis caso”

Jeamet (2011) lo dice de esta manera: “La contradicción, tal como la vive el adolescente, podría formularse así: Para poder ser autónomo, necesito una fortaleza que no tengo. Puedo buscarla entre los adultos que posiblemente la tengan, pero esto amenaza mi autonomía” (p 579).

En resumen, es como si el adolescente dijese: Aquello que necesito es lo que me amenaza. Ésta es pues una de las paradojas ante las que se encuentra el adolescente, en su relación con los adultos que necesita

Los hijos se encuentran pues en una fase en la que reivindican más autonomía-libertad y los padres se encuentran ante la tarea de valorar cuánta permiten, en qué no deben intervenir, y en qué deben seguir poniendo límites y normas, desde una conexión afectivo-emocional con el hijo.

Son padres que en su adolescencia han tenido la posibilidad y el placer de liberarse de un buen número de obligaciones y normas que sus padres habían soportado sin ponerlos en cuestión. Y ahora se encuentran con hijos que pueden repetir cuestionamientos parecidos.

Y estos progenitores se encuentran con muchos interrogantes sobre cómo intervenir en cuanto tales.

Hay algunos campos que podemos llamar campos “clásicos” como el tema escolar, horarios de salidas, forma de vestir, sexualidad, etc., pero que ahora se abordan de forma distinta a cuando él era joven, y hay nuevos campos como el tema de qué límites poner al acceso a internet o cómo manejar el tema de *piercings* y tatuajes. Y uno de los campos “clásicos” aunque con algunas variaciones es el consumo de sustancias, que antiguamente (para los padres de los padres) hacía referencia al tabaco y al alcohol, pero que para estos padres cuando eran adolescentes había más sustancias al alcance de la mano, como la marihuana o el cannabis, o incluso sustancias más potentes.

Y estas interrogaciones que se plantean en torno a los límites van acompañadas de la capacidad de tolerar esa “rebeldía” del hijo que le permite no sentirse dependiente. Rebeldía que deben afrontar con cierto umbral de tolerancia, pero encauzándola, poniéndola límites y no personalizándola en exceso

Jeammet (2008) percibe que el problema tiene que ver sobre todo con que los padres están cada vez menos seguros de tener el derecho de imponer a los hijos cualquier cosa que les pueda contrariar y evitan correr el riesgo de perturbar la relación que tienen con ellos.

Como decíamos en la introducción, los padres se encuentran ante la paradójica situación de necesitar ser aceptados por los hijos a la hora de poner normas que a su vez ellos en su tiempo desafiaron.

4. PARADOJAS QUE APARECEN EN LAS SESIONES DE TERAPIA

Esta fase del ciclo vital, es un momento difícil de gestionar, tanto para los progenitores como para los hijos adolescentes, pues con frecuencia aparecen en éstos hijos situaciones de consumos de sustancias (problemáticos o no) pero activadores de situaciones que necesitan respuestas por parte de los padres y también en ocasiones algunos trastornos de conducta.

Ante estas complicaciones, una de las formas de abordarlas es pidiendo ayuda y realizando sesiones de terapia familiar.

En estas sesiones pueden aparecer y ser mostradas al equipo terapéutico esas contradicciones de una manera que no puede dejar de sorprender e impactar al profesional.

Vamos a ver ahora tres situaciones recogidas desde el trabajo práctico de terapia familiar con familias con hijos adolescentes que efectivamente activan este tipo de comunicaciones paradójicas en las familias.

SITUACIÓN 1

La familia de Juan acude a la consulta prevista desde hace quince días. Juan es el segundo hijo de una familia formada por los padres y la hermana mayor que acaba de iniciar sus estudios universitarios en una ciudad distinta de donde habita la familia. Se ha iniciado una terapia de familia debido al consumo de cannabis que hace Juan desde que tenía 13 años, hace cuatro, lo que ha ocasionado bastantes discusiones en la familia. Juan ha interrumpido sus estudios de la

Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO); en la actualidad no estudia ni trabaja y además ha tenido bastantes problemas de conducta en casa con discusiones que han acabado en enfrentamien-

tos violentos, sobre todo con el padre, y esto ha provocado que han debido llamar a la policía en alguna ocasión.

De hecho, es el juez el que ha sugerido una terapia familiar dadas las grandes discusiones que se producían entre los padres y el hijo y que llegaron a inducir una orden de alejamiento.

Juan reconoce el consumo, piensa que no es un problema para él, es más, dice que esto le permite salir con los colegas y ganar algo de “pasta” con el trapicheo de la marihuana.

A la sesión de hoy no acude Juan, llegan los padres diciendo que han tenido una discusión en casa, “como siempre difícil” y que Juan les ha dicho que él no vendría a la sesión.

Se inicia la misma hablando de cómo han ido las cosas en este tiempo cuando de repente, mientras habla la madre el padre saca su móvil y empieza a enviar mensajes con él a través del *Whatsapp*. Después de haberlo hecho varias veces, el terapeuta se dirige al padre preguntándole si hay algún problema, dada la atención que el padre está fijando en su teléfono móvil.

El padre mira a la madre y al terapeuta y les dice: “es Juan que está mandando mensajes, me está preguntando cómo está la planta”. ¿Perdón? dice el terapeuta, “no entiendo, ¿a qué se refiere?” Y el padre dice: “Ya sabe, qué cara dura, me pregunta si la planta está bien y si se la estamos cuidando, se preocupa por esto justamente hoy que no ha venido”. A una nueva pregunta del terapeuta, que no sale de su asombro por lo que está produciéndose en la sesión, la madre responde: “Ya sabe como son estos chicos no cuidan nada, si nosotros no lo hacemos esta planta ya estaría muerta”. La madre proviene de una familia en la que ha habido conflictos en las relaciones con los padres, ella salió de casa joven tras conflictos con su madre y estuvo viviendo con algunos colegas en una comuna “alternativa” durante algo más de un año y con cuyos miembros sigue guardando relaciones. El padre viene de una familia más tradicional con muchas reglas y normas. Incluso hay muchas diferencias en la forma de vestirse, clásica, con camisa y corbata en el padre “es por el trabajo” dice y más provocadora en la madre con faldas en cortes y colores indios y el pelo con múltiples colores muy llamativos.

Se refieren a una planta grande de marihuana que tienen en la casa.

¿Cómo interpretar los mensajes que se han producido en esta sesión?

El hijo que está sin estar y además actuando de forma muy importante, introduciendo mensajes que son paradojas en la terapia ¿qué desvela en el evolutivo del trabajo que se está realizando? Ciertamente el mensaje es importante y coloca a la familia dentro de la terapia con una situación que se vive activamente fuera de ella.

¿Cuál es la pretensión de estos mensajes que se muestran sin ocultar dentro de un territorio tan especial como es el territorio psicoterapéutico?

SITUACIÓN 2

Ignacio ha iniciado un tratamiento con el objetivo de parar con el consumo de drogas, estimulantes tipo cocaína y anfetaminas, y alcohol. Ignacio tiene una larga historia de tratamientos que se inician por trastornos de carácter depresivo que le han llevado a interrumpir sus estudios y trabajo en un taller, ha tenido dos intentos autolíticos, tomando medicación con OH y ha experimentado sensaciones extrañas con percepciones auditivas que han llevado a pensar en crisis de carácter psicótico. Ignacio viene de una familia formada por dos hermanas mayores que él y que viven con sus familias una cerca del domicilio donde se encuentra la madre e Ignacio y otra en otra ciudad lejana. El padre falleció hace unos seis años, tuvo un trastorno psíquico importante diagnosticado de esquizofrenia por el que estuvo en tratamiento con hospitalizaciones tras dos intentos de suicidio, su fallecimiento fue debido a un proceso infeccioso grave que se produjo tras uno de estos intentos autolíticos. La madre ha atravesado dos procesos cancerosos que han requerido tratamiento de quimioterapia y radiológico y está pendiente de iniciar un proceso de diálisis, estos procesos se han iniciado sobre todo tras el fallecimiento de su marido, es una mujer entregada a su familia y dedicada al cuidado de los otros, participa junto con la hermana en unas sesiones de terapia familiar que se ha iniciado y en la que dice que está harta de las historias de consumo de drogas de su hijo y de sus comportamientos

“si sigues así te tendrás que largar de esta casa” le dice y al mismo tiempo le dice “ahora tienes que ocuparte de mí que voy a empezar la diálisis”.

Ignacio siempre dice que no tiene ganas de hacer nada, tan solo de quedarse en la cama, sin moverse, viendo la TV, sin trabajar, todo el tiempo acostado. Se inicia un tratamiento en el que debe acudir a un Hospital de Día desde la mañana hasta la noche. En los grupos de Terapia siempre está hablando de lo ansioso que se encuentra, con ganas de encamarse y de no hacer nada, acaba de iniciar una relación con una chica que ha conocido por Internet, ha salido algunas veces con ella y a pesar que dice que le gusta su compañía en ocasiones no acude a las citas que él mismo ha organizado; sus compañeros de terapia se extrañan de estos comentarios pues le devuelven una impresión de hombre activo al que le gusta jugar al fútbol y participar en diferentes talleres activos del Hospital de Día. Cuando escucha esto es como si se hablara de otra persona, “yo no tengo ganas de hacer nada, estoy enfermo, solo quiero quedarme en la cama”, “pero no te quedas le dicen los demás”, “estoy enfermo y sin ganas” repite. Ignacio va a celebrar sus 34 años y se propone que lo haga con su familia invitándoles a una comida que él debe preparar. Celebran el cumpleaños y lo comentamos en la sesión de Terapia Familiar que se ha iniciado. La madre nos dice que ha estado a gusto y que le ha regalado a su hijo “un pijama nuevo” que le ha comprado.

¿Cuál es el mensaje que le envía la madre a su hijo con este regalo? ¿Te tendrás que ir de casa si sigues así, pero yo te regalo un pijama para que estés mejor con tu comportamiento? “Tu comportamiento me activa.” “No hagas esto que haces y que me da tanta rabia y tanta preocupación y acción”.

Estas situaciones van a ser muy importantes en el desarrollo relacional interno y externo de estas familias.

Unos padres que mantienen cuidada una planta de marihuana cuyo consumo por parte del hijo es el que les ha traído a tratamiento y esta originando múltiples problemas relacionales entre padres e hijo y también entre el padre y la madre.

Una madre que le regala al hijo un pijama cuando es la estancia del hijo en la cama lo que más le preocupa a ella en la conducta del hijo con el riesgo de que el hijo desconecte de la vida organizada y se marginalice social y psíquicamente y al mismo tiempo esta madre envía al hijo y al resto de la familia mensajes de necesidad de cuidados relacionados claramente con situaciones de discapacidad grave por enfermedades crónicas.

5. MENSAJES PARADÓJICOS COMO EVIDENCIACIÓN DE LAS CONTRADICCIONES PARENTALES Y COMO ACTIVACIÓN DEL SISTEMA TERAPÉUTICO

Los mensajes paradójicos se expresan en la terapia con la activación y provocación al sistema terapéutico que no puede “no leerlos”.

Los mensajes paradójicos desvelan los movimientos internos de la familia fuera de ella.

Los mensajes paradójicos activan las posibilidades de una intervención contraparádójica por parte del terapeuta en el espacio terapéutico.

¿Se podría leer el mensaje paradójico que la familia introduce en la terapia como un signo de interés de cambio en la familia o como una resistencia al cambio para así mantener la homeostasis?

¿Por qué una familia que no quiere cambiar lleva al espacio terapéutico un mensaje paradójico?

¿Es un intento paralizador de la terapia o activador de la misma?

El espacio terapéutico, cuando se ha construido, está definiendo una relación entre los miembros del sistema familiar y los terapeutas.

La propia contradicción presente en el mensaje paradójico activa las posibilidades de cambio en la terapia.

No quiero ir pero envío un mensaje para estar presente en la sesión.

“Estamos aquí porque no quieres que consuma marihuana y tú me cuidas la planta y lo descu-

bro (lo abro, lo dejo ver) en la sesión.”

“Me preocupa que no hagas nada y pases todo el día acostado y te regalo un pijama y lo cuento en la sesión.”

El espacio terapéutico permite al terapeuta ponerse en contacto y tocar las contradicciones del sistema familiar.

Hay que activar las respuestas del terapeuta pero ¿es esto posible?

El terapeuta no es un juez y no va a valorar los contenidos de los mensajes paradójicos que la familia está aportando a la terapia.

El terapeuta va a devolver a la familia estos mensajes provocando una reorganización de los componentes del sistema.

El mensaje paradójico abre fuentes de información nuevas en la terapia.

Los padres tienen posiciones distintas con respecto al cuidado de la planta de marihuana.

El padre (situación 1) nos dice que el hijo quiere estar en la terapia y que ellos no le traen.

La madre (situación 2) nos descubre que “la enfermedad del hijo y sus incapacidades” la activan y no la dejan morir.

Estos espacios abiertos deben activar al terapeuta y esta activación va a producir un desafío en el funcionamiento del sistema familiar que podrá ser vivido en el sistema terapéutico.

Los mensajes paradójicos en las familias de adolescentes nos hablan de la necesidad que el adolescente tiene del adulto y de cómo en muchas ocasiones el adulto teme al adolescente y escapa de esta necesidad relacional.

El adolescente se encuentra con las drogas de forma habitual en su medio natural, amigos, escuela, diversión, y en un momento de su desarrollo ha de responder a esta cuestión: ¿Quieres tomar algo? ¿Quieres esto?: tomar esta pastilla, meterte esta raya, beberte esta copa, fumarte este canuto... La respuesta dependerá no solo de la información que el adolescente tenga de las consecuencias del consumo, sino de la percepción que sobre el consumo mismo tenga el medio social al que pertenece y de la conexión que se establece entre la acción de la sustancia con las necesidades personales y relacionales del propio adolescente.

Por otra parte, el adolescente cuestiona al adulto y con mucha frecuencia utiliza su comportamiento como forma privilegiada para exponer las cuestiones que le preocupan. El consumo de drogas es una de esas cuestiones que van a buscar expresarse a través de determinadas formas de comportamiento no siempre problemático.

¿Cómo deben los padres responder al consumo de drogas de sus hijos? ¿Aceptar el consumo pensando que es una etapa pasajera? ¿Bloquear de cualquier forma el consumo? ¿Compartirlo?

En nuestra práctica clínica nos encontramos con frecuencia con estas respuestas por parte de los padres:

Juan deja mensajes a su hijo pegados a la puerta de su habitación: “eres un drogadicto, estás jodiendo tu vida” (situación 1)

Begoña, su madre recoge los restos del canuto para tirarlos a la basura pensando que es tabaco de liar. (situación 1)

Felipe, padre de Antonio le recibe un día sentado en el sillón del salón diciendo: “me he comprado una muy buena “maría” ¿quieres probarla? (otra situación diferente no detallada)

Debemos contestar a esta pregunta: ¿Dónde está el problema? ¿En el consumo de sustancias del hijo o en las respuestas de los padres? ¿El consumo está relacionado con la necesidad de “romper”, típica de estas edades, o es un síntoma que nos avisa sobre dificultades evolutivas del adolescente con las que él solo no puede? La conducta de los hijos “resuena” en la vida de los padres sea a nivel individual como de pareja.

SITUACIÓN 3

Juan y Claudia están mirando el álbum de fotos familiar, comentan cómo, cuando eran jóvenes, ya hace 32 años recorrían el país con una moto y una mochila, las fotos de los paisajes, de las

acampadas, de la carretera, su hija Sofía de 17 años entra en la habitación, se acerca a los padres, les ve contentos y les pregunta: ¿Qué hacéis?, ellos le responden: estamos viendo fotos de cuando tu madre y yo éramos jóvenes y hacíamos excursiones, Sofía mira las fotos y dice: si teníais una moto y mira sin casco, la madre dice:” en aquella época no era obligatorio” Sofía aprovecha: “bueno eso quiere decir que para mi próximo cumpleaños puedo replantear el tema de la moto”, “ni hablar” dice el padre, “ya hemos hablado de ello”; “pero si vosotros también...” dice la hija; “no vas a compartir” dice el padre “nosotros éramos mucho más responsables”; “ya estamos” dice la hija gritando y pegando un portazo se va de la sala.

El padre no sabe que decir y la madre se levanta y abriendo el álbum de fotos comienza a retirar un montón de páginas; “¿Qué haces?” dice el padre; “quitar las fotos de nuestro viaje a Ámsterdam” responde la madre.

El comportamiento de los hijos “resuena” en la historia de los padres, en ocasiones esta resonancia se convierte en sentimientos de culpa paralizadores que provocan la huida de los padres del encuentro con sus hijos, delegando en otros la respuesta y la búsqueda de soluciones. Esta huida tiene un efecto negativo, el bloqueo de los padres, pero también tiene un efecto positivo como es la creación de una Red de intervinientes que permite abrir el foco de los problemas, desde los síntomas a las relaciones, siendo así más fácil encontrar vías de salida.

Estas situaciones que aparecen en las familias ¿tienen que ver con la activación de deudas que la familia arrastra desde hace tiempo y que están suponiendo un peso de carácter afectivo en la relación entre los padres y de estos con el o los hijos?

Las deudas van a constituir un área de exploración y de trabajo con las familias muy importante para activar las capacidades de que las familias tienen para resolver los problemas con los que se encuentran. Leer y recoger estas deudas, hacerlas presentes sin culpabilizar a las familias y justamente eliminando algunos procesos culpabilizadores que estas deudas están generando en la estructura y en las relaciones que las familias desarrollan, va a ser muy importante en el trabajo que hay que hacer.

6. BÚSQUEDA DEL ADULTO POR EL ADOLESCENTE EN SU PROCESO DECRECIMIENTO

Jeammet (2008) en su libro cuyo título ya es de por sí significativo *Pour nos ados, soyons adultes* (Para nuestros adolescentes seamos adultos) habla de la educación de alto nivel que tienen actualmente los adolescentes, con gran acceso sobre el mundo, la información y los medios de comunicación, y con posibilidades de desarrollo inimaginables hasta ahora. Muchos de estos adolescentes y jóvenes van a aprovechar estas posibilidades creativas pero unos pocos por el contrario van a ir hacia el fracaso en la utilización de estas posibilidades. Este paso hacia la creatividad o la destrucción va a depender en gran manera de la calidad de los encuentros que el adolescente va a hacer con personas significativas de su entorno entendido este en sentido amplio (familia, amigos, pares, educadores o medio sanitario)

El adolescente necesita al adulto para poder definirse a sí mismo y cuando no le encuentra no abandona su búsqueda sino que busca maneras a veces tortuosas para acceder a él, pensando que ha equivocado la estrategia de encuentro.

El adolescente en su proceso de adquisición de autonomía necesita un marco referencial proporcionado por el adulto con la particularidad de que cuanto más lo necesite peor lo acepta, lo que pone en cuestión constantemente el espacio del adulto que frente a un adolescente que cuestiona su posición siente la tentación del alejamiento como forma de evitación del conflicto lo que el adolescente vivirá como abandono y no como espacio de libertad.

Jeammet (2008) insiste en que el conflicto permite al adolescente tomar un rol activo, tiene un valor de prueba con la que medirse y permite el manejo de la agresividad en un clima positivo.

La confrontación adulto-adolescente es pues una necesidad, una puesta a prueba de la capaci-

dad del adulto y una demostración de la necesidad que de él tiene el adolescente. Esta confrontación se expresa en este caso con conductas muy disruptivas en las que se pierde el control fácilmente llegando a situaciones agresivas y violentas. Las pérdidas de control son vividas como expresiones de las dificultades del adolescente y se espera de él que adquiera una mayor capacidad de control sobre ellas.

¿Pero cómo se adquiere un control en este tipo de conductas? ¿Se puede esperar un control?, más aún, ¿es el control deseable en esta y otras situaciones? ¿Hay que trabajar para introducir capacidades de control?

Las conductas agresivas y violentas expresan niveles de sufrimiento interno y va a ser necesario trabajar para que el sujeto adquiera cierta capacidad de control, entendiendo este no como la desaparición de la conducta sin más sino como la capacidad de “pasar del acto a la palabra”, es decir de poder verbalizar el sufrimiento interno.

El control de estas conductas no se adquiere de forma inmediata sino que es un proceso. Hay que introducir elementos de control parcial aceptando fases de descontrol, y dentro de este proceso con etapas parciales la descarga es un elemento que posibilita el control posterior.

Y de cara a desarrollar este control, para el adolescente el sistema de referencia son los adultos significativos: sus padres. Es por lo tanto este “adulto significativo” el eje sobre el cual el adolescente desarrollará su aprendizaje sobre el control personal.

Es necesario por lo tanto para el adolescente que desafía al adulto encontrar enfrente a alguien que no le teme sino que más bien le contiene. Si en esta relación del adulto con el adolescente el temor aparece, la relación se fija con características de escalada: cuanto más temor más violencia y cuanto más violencia más temor,

En estos casos será imprescindible organizar estrategias que permitan desbloquear estas situaciones para avanzar en la resolución del problema relacional establecido entre el adolescente y el adulto.

La cuestión que se presenta tiene que ver también con el hecho de que si este proceso no se ha cerrado correctamente se crea una deuda que permanece activa en el adulto intentando cerrarla sintomáticamente, los síntomas en el propio sujeto y/o en su contexto intentarían traer al aquí y ahora las cuentas no cerradas en el pasado y el pasado se expresa en el presente.

Y estas problemáticas aquí comentadas, son difíciles de explicar para los miembros de la familia, de ahí que su forma de aparecer sea mediante contradicciones paradójicas.

Por ello la escucha atenta de estas contradicciones nos permitirá entrar a cuestionar estilos relacionales cuya conflictividad no viene expresada de manera directa, sino que viene escondida tras esas paradojas que nos traen a la sesión. ¡Bienvenidas sean!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jeammet, P. (2008). *Pour nos ados, soyons adults*. París, Francia: Ed. Odile Jacob.
- Jeammet, P. (2011). Síntomas y alteraciones de comportamiento en la adolescencia ¿son una respuesta adaptativa aunque destructiva a una amenaza?. En R. Pereira (comp) *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder* (pp. 573-594). Madrid: Ed. Morata.
- Micucci, J. A. (2006). *El adolescente en terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Pereira R. (comp). (2011). *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. Madrid: Ed. Morata.

Children, Teenagers and Families:
Systemic Therapy and Online Mediation

Lia Mastropaolo^a

^aDirectora de Il Metalogo- Escuela Genovesa Sistémica y Centro de Terapia de la Familia. www.scuolagenovese.it; info@scuolagenovese.org; liamastropaolo7@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 04-01-2021
Primera revisión: 05-01-2021
Aceptado: 05-02-2021

Palabras clave

adolescencia, infancia, terapia sistémica

Resumen

La autora presenta su experiencia, modificada en este momento particular por la emergencia vinculada a la pandemia Covid-19. Explica, a través de casos, el trabajo terapéutico en este período, realizado *online* con niños, incluso pequeños, y adolescentes, presentes en las reuniones con sus familias en situaciones de conflicto y síntomas graves. Reflexiona sobre los métodos utilizados y las herramientas adaptadas al nuevo contexto, físicamente distante pero emocionalmente cercano, para construir la alianza terapéutica necesaria al proceso y creando, a veces, una conexión con otros profesionales.

Abstract

The author presents us her experience, modified in this particular moment due to emergency about Covid-19. She explains, by using clinic examples, her therapeutic work in this period, made online with children, including little ones and adolescents, present in the visits with their families in situation of conflict or serious symptoms. She reflects about the methods she used, and the devices suited for the new context, distant physically but emotionally closer, to build the therapeutic alliance that the process needs and creating a connection between the other professionals.

Keywords

adolescence, childhood, systemic therapy

En mi experiencia de los últimos años, ya había utilizado la plataforma digital trabajando en terapias con familias o parejas que vivían en lugares diferentes y distantes, también en casos derivados del juez con parejas muy conflictivas y niños triangulados o con derivantes prestigiosos donde había poca aceptación del problema. En general, sin embargo, desde hace varios años ya hago uso de las tecnologías de la información en psicoterapia, que he sumado a mis habilidades y han representado la evolución natural de las técnicas ya en uso, herramientas de trabajo que encuentran una forma más avanzada. Mensajes, video, *WhatsApp* y videojuegos han dado nuevos rasgos comunicativos a mi modalidad terapéutica, respetando el significado y las diferentes funciones en la intervención para el cambio del malestar y de las patologías, como se puede apreciar en el artículo sobre *hikikomori* (Mastropaolo 2011).

Ahora, con la distancia debida al Covid-19, hacer terapias *online* se ha convertido en práctica habitual y, por eso, he desarrollado una metodología adecuada.

Hemos vivido y estamos viviendo un momento histórico muy particular, que ha cambiado nuestras relaciones y nuestros comportamientos; un momento de desorientación, incertidumbre, desánimo, emociones fuertes, miedos, etc. Ha sido un cambio social importante, un cambio de contexto. Un virus, imperceptible e invisible, un enemigo impalpable, ha doblegado a todo el sistema terrestre: como un mago invisible de largas piernas, se ha ido de un país a otro tocando y tiñendo nuestros mapas de rojo, primero en China, luego en Italia y España, en Francia, Inglaterra, Estados Unidos, Brasil, etc.

El castillo de naipes se derrumba. La idea de la omnipotencia del hombre fuerte, en general blanco, guapo, rico, que lo controla todo, y es capaz de definirlo todo: vida y muerte, paz y guerra, del Occidente y de los países emergentes, se quiebra como una ola descontrolada contra un acantilado. Este virus ha puesto en duda algunos poderosos mitos que han dominado y caracterizado nuestra era moderna: con el colapso de algunos principios del capitalismo, con el hundimiento del mercado económico y el PIB, han colapsado los mitos del poder, del hombre que lo controla todo, el mito del desarrollo infinito basado en invertir en él mismo, al hacer dinero, los únicos dueños invencibles. Nos hizo comprender que no somos dueños de todo; ha cuestionado la explotación indiscriminada de la naturaleza.

En Italia, primero “todos encerrados en casa”: el triunfo de la razón de la salud. Ahora todos fuera de casa a pesar del virus: el triunfo de la razón económica. En familia con el Covid-19: el tercero a la cabeza de la mesa, un intruso entre nosotros; el virus ha sellado la transición de vivir con prisa a detener todo el planeta inmovilizándonos como en el cuento del país embrujado.

El Covid-19 ha cambiado la forma de trabajar y estudiar, a una velocidad vertiginosa, pero, sobre todo, la forma de relacionarnos y mostrar nuestros afectos. El ser humano es un ser social y, ante esta nueva situación, nos hemos visto obligados a reinventarnos para mantener nuestra esencia, nos hemos visto obligados a detenernos, a mirar dentro de nosotros, a hacer balance, a reflexionar sobre nuestras relaciones. Incluso en el lenguaje, reflejo inmediato de lo que sentimos, hemos empezado a usar palabras diferentes como “obligados, forzados, arresto domiciliario, reclusión, aislamiento”. En la fase 1 “Espacios estrechos”: la rutina de antes interrumpida, paradójicamente las distancias acortadas, todos juntos apasionadamente en unos pocos metros cuadrados, todo el día, (se trabaja, se estudia, se juega, nos enfadamos, etc.). El fin de semana, un mito del pasado, el imaginario cambia. “Tiempos dilatados”: antes de la emergencia siempre íbamos con prisa, el tiempo era dedicado a producir, el calendario, caracterizado por hacer; se cenaba de prisa por la noche, a veces con pocos contactos, ahora, ante esta importante crisis económica, nos hemos despertado como después de una pesadilla, hemos pasado a reflexionar sobre cómo buscar una nueva organización de trabajo, de vida. Con este hacer balance se explica la depresión de muchos.

Los conflictos latentes de parejas o padres/hijos, o han aumentado, estallando en violencia y suicidios, o han sido atemperados por la cercanía y el conocimiento, o se han puesto en espera para

enfrentar a un enemigo común, y luego, en algunos casos, reactivarse en la segunda fase.

Los que ya tenían patologías como autismo o psicosis estaban mejor: se ha reducido el enfrentamiento con el exterior, se ha interrumpido la desigualdad, efecto de la sensación de estar “todos en el mismo barco”. Por ejemplo, en las residencias para psicóticos durante este período todos se sentían iguales y unidos. La estructura ha funcionado como un contenedor: un elemento tranquilizador que vio a pacientes y operadores unidos contra el enemigo común (nadie ha salido, nadie ha visto a familiares, nadie ha asistido a actividades exteriores).

La epidemia de coronavirus también es una epidemia emocional ... ¿Cómo se frena este contagio? Las reacciones emocionales son un signo de la reactividad del organismo social: las emociones no son síntomas de una enfermedad, sino un recurso.

Lo que estamos viviendo es una epidemia emocional, pero el término no debe entenderse en sentido negativo: también hay un intercambio de inteligencia, de investigación científica. Es cierto, la reacción es muy pronunciada, todos comentan, todos se cuestionan, pero la reactividad es una señal positiva, es un síntoma de una respuesta inmunitaria.

La vida en el momento de Covid-19 19 ha cambiado y ha encontrado diferentes expresiones:

- la necesidad de conexión: estar distanciado físicamente ha creado la necesidad de cercanía emocional;
- aprovechar los medios de conexión para mantenerse conectados ha sido y es el “oxígeno relacional durante el encierro”, buscando altos niveles de conexión para crear nuevos niveles institucionales;
- compartir espacios privados: por ejemplo, en la terapia ha cambiado el contexto de los pacientes y del terapeuta a través de la red y las plataformas: uno entra en la casa del otro.

Incluso para mí como terapeuta ha sido un cambio repentino: he continuado *online* las sesiones con parejas, familias e individuos que ya estaba tratando en el Centro de terapia *Il Metalogo*, y he participado en el programa de apoyo psicológico del Ministerio de Salud de Emergencias Covid-19, con un número de teléfono gratuito para cuatro sesiones gratuitas.

Un observatorio variado, desde los que han solicitado terapia por problemas graves hasta los que, tras este evento traumático, presentan síntomas: fobias, crisis de pánico, depresión, conflictos agudos y viejos problemas reactivados.

Es la primera vez que una atmósfera de fondo une al terapeuta y a los pacientes que tienen los mismos problemas, afectados por los mismos temores, incertidumbres y desconcierto. Muestra la incapacidad y la capacidad de los dos de hacer frente a la crisis y a los conflictos.

LAS TERAPIAS EVOLUCIONAN COMO EVOLUCIONAN LOS TIEMPOS

Las premisas cambian, las terapias cambian y se adaptan a nuevos contextos en la evolución de los tiempos. Nosotros, los terapeutas, siempre nos hemos adaptado a los contextos: también la nuestra es una historia de cambio. De la terapia familiar a la terapia individual (Boscolo y Bertrando, 1996) y a las “terapia Flotantes” (Mastropaolo y Gaspari 2008), del contexto de la terapia en la sala específica para contextos terapéuticos, a los que no son rigurosamente clínicos.

Por lo tanto, las terapias evolucionan a medida que evolucionan los tiempos, factores contingentes, cambios sociales, necesidades de las personas y con ellas tecnologías utilizables, internet, plataformas digitales a través de la web. Todo esto es expresión de una necesidad de cambio, y es necesario ser un terapeuta que se observe y se observe con otros ojos (Linares, 2012). Yo misma me pregunto ¿cuántas veces he cambiado? La evolución de una epistemología implica la evolución de una práctica: de la primera a la segunda cibernética, el aporte de la teoría de la complejidad, a la narrativa, la atención a las emociones (Ceruti, 1986, 1993; Nicolis y Prigogine, 1991; White, 1992).

Diferentes contextos me han obligado repetidamente a reflexionar sobre cómo adaptar la epistemología al contexto: Tribunal, Escuela, Terapias con familias, con niños, con adolescentes, Traba-

LOS RETOS EN LAS TERAPIAS ONLINE

Con el uso de la terapia *online* algo ha cambiado: somos nosotros los invitados que entramos en diferentes contextos.

En el servicio o en el Centro de Terapia son los clientes los que vienen y trabajamos en un contexto definido por nosotros, en la sala de terapia adecuadamente equipada y protegidos por nuestro rol. En cambio, trabajando *online* somos nosotros los invitados, que ingresamos a sus casas, nos reciben en sus casas, pero también entran a la nuestra, compartimos espacios privados, el terapeuta se incluye más, se pone más en juego. Se presentan en pijama o con la cama sin hacer. ¿Qué es esto? ¿Es más intimidad o una descalificación del contexto? ¿Se cuestiona el contexto?

Para nosotros, los terapeutas, es como trabajar sin red, como los trapevistas más atrevidos. Tanto el contexto en el que se mueven los pacientes como en el que actúa el terapeuta han cambiado; se trata de construir un nuevo contexto terapéutico más allá del rol y de la inversión institucional.

Estos son los nuevos retos de las terapias *online*: el contexto terapéutico cambia. El contexto es la textura de la tela en la que se cruzan y se construyen las relaciones, no es solo un lugar físico y no coincide con los espacios físicos. El contexto, según Bateson (1976), es “la matriz de significados”. Ningún hecho puede explicarse sin considerar el entrelazamiento de circunstancias dentro de las cuales este hecho emerge y se desarrolla.

¿CÓMO SE DEFINE UN CONTEXTO TERAPÉUTICO ONLINE?

Preguntarse sobre el *online* “¿este marco es adecuado o no?” es inútil; en cambio, debemos acordarnos de cuántas veces hemos adaptado “el marco a nuestras necesidades” e intentar adaptarlo también en este caso.

Creo que debemos tratar el trabajo *online* exactamente como un nuevo contexto: analizarlo y explotarlo en todo su potencial. Como sistémica, siempre he empezado las investigaciones desde el análisis del contexto más amplio, leído con un enfoque sistémico (Mastropaolo, 2015).

El contexto terapéutico se redefine sobre el enganche y la metacomunicación.

Creo que los problemas que tenemos que enfrentar para definir un contexto como terapéutico van más allá del discurso de la pantalla o de la sala de terapia y que un terapeuta sistémico debe hacerse algunas preguntas: “¿Este contexto es reconocido como un espacio terapéutico y para el cambio?” y “¿qué hacer cuando no hay motivación en la familia, apática e incrédula, por venir?”

También en el *online* nos confrontamos con casos derivados de alguien o con casos que acuden espontáneamente a la terapia; esto hace la diferencia y, con mayor esfuerzo, necesitamos construir un contexto donde sea posible una relación terapéutica.

También en otras situaciones me he encontrado enfrentando este problema, como en los casos en los que el tribunal deriva la familia que ha acudido al juez para pedir la resolución de un conflicto y que, en cambio, es enviada, de mala gana, a un perito. En estos casos, he ideado una intervención que he denominado “Intervención para el Cambio”, en la que acepto y defino el contexto del informe, pero, en este marco, propongo a todos los sistemas involucrados, y en particular a la familia, la transformación de la demanda de diagnóstico en un camino de cambio de relaciones familiares y superación de conflictos, a pesar de las limitaciones iniciales de la “derivación obligada” (Mastropaolo, 2019). Entonces, en este caso, uniéndome a un pacto fuerte con la familia a través de un compromiso, creo un contexto donde las personas logran reconocer una motivación para el recorrido y convertirse en actores del cambio.

Así en el *online* ¿cómo puedo construir un contexto donde las relaciones tengan significado? En particular si no hay motivación en la familia apática e incrédula por venir y se presentan en pijama o con la cama sin hacer o distraídamente... Me pregunto cómo puedo crear una motivación

también a través de la pantalla, y de nuevo me respondo a través de la fuerza del enganche y la metacomunicación, en la comprensión de las necesidades subyacentes a la indiferencia, contrastando la atribución de la culpa y las responsabilidades de la problemática al otro, mostrando la posibilidad de abordar los problemas relacionales subyacentes.

Por eso, para construir una relación con la familia o con el paciente/familia, el primer paso es la estructuración de una alianza: todo lo que pasa en la sala de terapia, como en la pantalla, ocurre porque se ha estructurado una relación significativa entre el terapeuta y el paciente, pero también las técnicas facilitan y hacen posible la relación terapéutica: por ejemplo, poder no usar la mascarilla facilita la comprensión de la expresión no verbal. La relación terapéutica es un requisito previo y una consecuencia, una prerrogativa indispensable para resolver el problema y para la cura o tratamiento también en la pantalla.

INCLUIR AL DERIVANTE PARA MOTIVAR A LA FAMILIA

En muchas situaciones, invitar al derivante e incluirlo en el proceso ayuda al terapeuta a desarrollar la motivación de la familia.

Veamos un caso: Carla se autolesiona y odia a sus padres. El Psiquiatra de Salud Mental, me deriva la familia, que no está motivada al seguimiento: los padres están ausentes y el hermano fugitivo. Carla dice: “siempre he tenido problemas. Siempre me he sentido sola y abandonada y por eso me sale una rabia que me quita la piel”. Invito a todos a la primera entrevista, incluso al psiquiatra. El psiquiatra, que los conoce bien desde tiempo, hace la historia del caso y explica los graves problemas y crisis que son silenciados por la familia, que se siente juzgada y culpada. Me doy cuenta de que el miedo a ser juzgado por el otro se convierte en agresión. Intento eliminar el juicio verbalizando que este clima de “caza de brujas” sólo acentúa la desconfianza mutua y la descalificación que pesa sobre todos. Todos intentan defenderse en un clima de acusaciones y silencio. Los padres parecen no tener voz, susurran, parecen tan asustados y aterrorizados por las reacciones de su hija que solo confirman la idea de Carla de no estar completamente interesados en ella. Al trabajar sobre su relación, permito que verbalicen la rabia y los ayudo a buscar los elementos de estima y la confianza mutua, evito la connotación patológica de Carla, quitando el énfasis sobre el miembro individual y explicando que es la relación familiar la que está “enferma”.

En otra fase del recorrido: sobre un episodio de autolesión y una crisis de pérdida de control de Carla, que se encuentra en una verdadera tormenta emocional (“*me tiro por la ventana... mato a alguien...*”) los padres aterrorizados llaman al 113, pero la comunicación inmediata entre mí, terapeuta, y el psiquiatra del servicio que interviene de forma urgente, permite gestionar la situación. Utilizando todas las herramientas de comunicación rápida y online, nuestra intervención en red conjunta nos permite entender lo que ha sucedido, logrando trabajar junto con el paciente y con la familia y evitar la hospitalización, gracias a poder seguir el trabajo en la red. Esto demuestra la importancia de la red.

EL TRABAJO EN RED

La red entre profesionales es una importante herramienta de trabajo que, como hemos visto en este caso, ha permitido llevar a cabo un proyecto común, dividir competencias y compartir habilidades: la responsabilidad es de la red. La circulación de información evita el riesgo de posibles simetrías entre los operadores de servicios y la cristalización del “rol” y la función. (Mastropaolo, 1999).

Otra red que poco a poco se ha ido estructurando, ha sido la familiar: los hermanos, de indiferentes pero enemigos, han pasado a asumir una función de mutuo apoyo. En todas las situaciones siempre hay una red que apoya a las partes; para reestructurar la red, se deconstruyen conexiones y se construyen nuevos “puntos nodales”. Para cambiar las relaciones se ponen en duda las premisas vigentes.

En el caso de los hermanos, este ha sido el efecto del trabajo terapéutico realizado con el subsistema.

Ahora, siempre hablando de Carla y su familia, ilustro otra metodología que utilizo desde hace muchos años y también he utilizado en el trabajo *online*: “las terapias fluctuantes”. Después de un trabajo terapéutico de cinco sesiones con la familia sobre las relaciones entre ellos, los he dividido en subsistemas (el de los padres y el de los hermanos) para que pudieran salir de la amalgama y afrontar por separado los problemas de padres/parejas y de hijos que necesitan volverse autónomos e independientes. Ofrezco también un espacio individual, en el caso de hijos adolescentes o adultos.

LAS “TERAPIAS FLOTANTES”

Pensar que hay problemas que son más apropiados para abordar con el individuo y otros que son más apropiados para abordar con la familia, me ha ayudado mucho y me ha permitido idear una forma de trabajar más flexible. Se trata de identificar tiempos, momentos, formas y situaciones en las que es posible salir y entrar en un escenario diferente que rentabilice la intervención redefiniendo de vez en cuando los sistemas significativos. En las terapias flotantes (Gaspari y Mastropaolo, 2011), utilizo el espacio-tiempo terapéutico como un *continuum*: en este caso el proceso es un todo que se ramifica en una alternancia de convocatorias. Una vez definido el marco familiar, después de algunas sesiones en conjunto, evalúo, de vez en cuando, con qué partes del sistema es mejor trabajar.

La mayor flexibilidad permite ampliar y reducir el sistema familiar “flotando del Individuo al Sistema y del Sistema al Individuo” dentro de la misma terapia. Me muevo con facilidad entre los diferentes niveles de complejidad del sistema convocando las personas con las que me parece más apropiado trabajar en ese momento, abriendo un espacio sobre el sí mismo del joven adulto y otro con la pareja

Como las piezas de un mosaico encuentran evidencia en la singularidad de la imagen compuesta, el proceso terapéutico encuentra su definición utilizando piezas de diferente forma y color. Las convocatorias de individuo, subsistema y sistema representan los pasos que he llegado a apreciar como ventajosos y funcionales, a fines del conjunto: “composición del cambio”. El reencuentro de la familia en la última sesión permite a todos comunicar lo que quieren comunicar del camino recorrido; sin embargo, aparecen como personas distintas con membresía en un grupo.

Al separar y unir a padres e hijos en sistema y en subsistema, hemos logrado unos resultados: en las terapias flotantes se transmiten algunos mensajes implícitos a partir de la amalgama fusional inicial, se enfatiza la posibilidad de los miembros de la familia de identificarse y evolucionar de forma autónoma; se marcan la confidencialidad y el respeto a las fronteras, y se introduce la idea de compartir y confiar.

EN LAS TERAPIAS ONLINE EL “POSICIONAMIENTO” ES UNA IMPORTANTE INFORMACIÓN DE CONTEXTO

El análisis de contexto es fundamental: comprender la elección del posicionamiento es una importante información de contexto,

El posicionamiento del cliente/usuario es información de contexto muy importante en las terapias en línea. Mucho se puede aprender y comprender de la elección del lugar identificado de la familia o de la persona para la terapia; aquí hay algunas situaciones nuevas a las que me enfrenté:

- En el coche en el aparcamiento aislado del pueblo.
- En el trabajo, en la terraza atacado por gaviotas.
- En los jardines debajo de la casa.
- ¿Una familia con cuatro computadoras o solo una para cuatro?
- ¿Una familia con cuatro computadoras en cuatro habitaciones distintas en la misma casa?
O en cuatro sitios diferentes.

- ¿Tiene la libertad de hablar en casa donde hay otros miembros de la familia? ¿Quién está detrás de la puerta escuchando? ¿Cómo garantizarse la privacidad y cuáles son los límites?

La presencia del perro o del gato de familia, que interviene en la sesión, y las informaciones que, una vez cuestionado con una pregunta triádica, logra dar desde su punto de vista, por boca de su dueña “si el perro pudiera hablar lo que diría sobre la relación entre tu hermana y tú y entre tus padres como pareja“ son respuestas interesantes: “Fuffi es el hijo más querido de mi padre, siempre lo sigue, los ojos que no tiene para mí los tienen en el perro, si ve que nosotras hermanas estamos peleando se va a refugiar entre las piernas de mi padre, cuando mis padres pelean, se lleva a mi padre y lo saca de la casa al jardín”.

Un paciente revisa la sesión en *Skype*... Me sorprende que una de mis herramientas de trabajo sea utilizada directamente por el paciente. Incluso me ha comentado: “Verme tal como aparezco cuando hablo contigo, terapeuta, me hizo percibir lo que soy cuando estoy ansioso y cuáles son mis miedos y pensamientos detrás de esta situación que no he podido verbalizar tan poco a ti.”

Otra consideración sobre el contexto terapéutico: como sistémica utilizo una sala con espejo unidireccional, grabando en video las sesiones y con los alumnos que observan mi interacción con la familia. Así, estoy acostumbrada a verme de nuevo, pero a continuación, y a comentar la sesión grabada con los alumnos, a observar a la familia, a mí misma terapeuta, y a nuestra interacción, también con los ojos de un alumno. En el *online* esta experiencia se ha convertido en verme en directo, en formato *Zoom*, simultáneamente en la sesión con la familia o con el individuo o verme a mí misma con expresiones faciales intensas, significativas y reactivas, el uso inconsciente del lenguaje no verbal que demuestra mi participación emocional como terapeuta. Ello me ha ayudado a tocar de primera mano la interacción con la familia.

Entonces, lo que siempre hemos dicho es que es importante observar la interacción entre el terapeuta y el paciente y que el terapeuta también influye en el sistema, le guste o no; lo he visto en vivo por primera vez en terapias online.

EL USO TERAPÉUTICO DE LAS POSIBILIDADES DE LA WEB

“¿Lo virtual aparece sólo como un cierre autista o tiene nuevas conexiones con lo real?” (Carr, 2011). “¿Parece predominante el aspecto de cierre o el aspecto de potencial? (Lévy, 1997). Debemos utilizarlo como una posibilidad, incluso en el campo terapéutico. Mensajes, *WhatsApp*, (Manfrida et al., 2020), videos como metáforas, comunicaciones rápidas entre paciente y terapeuta, entre colegas, entre personas que trabajan en diferentes lugares, incluso lejanos. El antepasado de la tecnología digital ha sido la ficha telefónica, que todavía uso porque me permite preparar la primera sesión e identificar a las personas que me parece oportuno invitar a la terapia. Los mensajes de *WhatsApp* se han convertido en el sustituto de las cartas en terapia: intervenciones terapéuticas, reales y precisas, que involucran a varios miembros de la pareja o de la familia o que promueven el compromiso de un miembro ausente.

Útil y creativo es el uso de videos como metáforas que utilizaría en terapias de personas: por ejemplo, he mostrado un video que circulaba en la web sobre el uso creativo del turbante entre mujeres africanas a una mujer en crisis que tenía problema para aceptar la caída del cabello, después de una cura, y se resistía a usar algo que pudiera cubrir su cabeza.

En la investigación que he realizado sobre el *hikikomori* (Mastropaolo, 2011) he contado los casos de jóvenes adultos o adolescentes que se encierran en casa navegando por Internet durante todo el día, interrumpiendo las relaciones con el exterior y creando una identidad virtual en paralelo para vivir una realidad ficticia. Siguiéndolos en terapia, llegué a conocer el mundo de los juegos de rol. Mi curiosidad, así como mi interés por los jóvenes y sus juegos me han permitido, sin enjuiciar su pasatiempo como síntoma patológico, transformar su comportamiento solipsista en un juego relacional, convirtiéndolo así en un vehículo de cambio.

Me ha sorprendido que en los casos que he visto *online*, he podido trabajar con niños pequeños que se han quedado conmigo y con su familia, delante de la pantalla, hasta durante una hora y media. Por ejemplo, he seguido a una familia en terapia vía Skype: la niña, Ginevra se negaba a hablar en la guardería y golpeaba a otros niños. Los maestros asustaron a sus padres al hacer un diagnóstico pesado. En la primera entrevista con sus padres, Ginevra, vía Internet, después de un silencio reticente, a fuerza de provocarla con simpatía, ha empezado a contestarme. Utilizando uno de sus títeres, me ha expresado sus dificultades contándome en detalle las cosas que la preocupaban. Les di a sus padres la tarea de hacer que la pequeña representara su historia a través de un pequeño espectáculo teatral: la mamá lo filmó y me lo envió a través de *WhatsApp*.

Con los niños utilizo una forma simple y real de comunicar: les dejo introducir libremente pensamientos, emociones o cualquier preocupación; reconozco su habilidad para discutir sus puntos de vista, pero no reemplazo a los padres. Generalizo el problema para disminuir la ansiedad y su sentido de responsabilidad. Verbalizo sus emociones y meta-comunico. (Mastropaolo, 2009). Permito que los niños no respondan si no lo creen necesario. Tengo en cuenta sus opiniones y sugerencias incluso si son niños pequeños y los uso como parte de las hipótesis sobre la familia. Los niños y los adolescentes pueden recibir incluso mensajes duros, siempre y cuando sean claros y bien explicados. En cambio, los mensajes confusos y ambiguos, “Te quiero, pero no te quiero” inducen síntomas graves (anorexia, psicosis, neurosis).

TERAPIAS *ONLINE* ¿FUNCIONAN?

En mi experiencia, en los casos ya consolidados, la terapia en línea ha funcionado bien, incluso mejor que la presencial en algunos casos. Se puede estructurar entre el paciente y el terapeuta una relación íntima más intensa, con amplio espacio para las emociones y las experiencias siguiendo los procedimientos explicados en los párrafos anteriores. El terapeuta puede observar en directo sus propias reacciones

Éstos son algunos comentarios de las personas en tratamiento:

“Me centro más... menos estímulos externos en la pantalla, una relación más directa contigo, ... cara a cara... como si hubiera una comunicación más inmediata... trabajando en otro país...”

En casos nuevos, he propuesto la terapia *online* en la fase 2 del Covid-19. Al principio se quedaron sorprendidos y luego han preferido en la pantalla que con la mascarilla en la sala de terapia.

En la mediación con parejas separadas desde muchos años y muy conflictivas, ha sido más fácil realizar la sesión en línea desde sus respectivos hogares que recibirlos juntos en el estudio, al menos en la primera reunión.

LOS SISTEMAS EVOLUCIONAN: DEL OBSTÁCULO A LA POSIBILIDAD

Los sistemas evolucionan, cambian de forma y adquieren nuevas configuraciones. En el sistema mundo de los humanos, el obstáculo no simplemente limita, sino que también es una oportunidad: (Ceruti, 1993, 1986) es una especie de Jano de dos caras. Sólo si se ven los obstáculos y se aceptan, se pueden descubrir las posibilidades. (Govigli y Mastropaolo, 1990)

Ante un evento traumático como el Covid-19, el sistema (estado, país, familia), sufre una perturbación que lo desestabiliza. La inestabilidad del sistema aumenta y se estructura una situación de crisis. Más allá de un umbral crítico, lejos del equilibrio, se requiere una nueva reorganización evolutiva. Se destaca la necesidad de reubicarse en una visión ecológica.

- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind, [*Verso una ecologia della mente*] (1976). Milano: Adelphi.
- Boscolo L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica Individuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carr, N. (2011). *Internet ci rende stupidi? Come la rete sta cambiando il nostro cervello*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ceruti, M. (1993). *Introduzione al pensiero complesso*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Ceruti, M. (1986). *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli,
- Gaspari, G., Mastropaolo, L. (2008). Le terapie individuali, le terapie “fluttuanti”. Riflessioni di due psicoterapeute sistemiche sulla loro pratica clinica. *Connessioni*, 20.
- Govigli, G., Mastropaolo, L. (1990). Handicap: vincolo e possibilità. *Terapia familiare*, 34.
- Lévy, P. (1997). *Cyberculture. Rapport au Conseil de l'Europe dans le cadre du projet Nouvelles technologies: coopération culturelle et communication*. Paris: Odile Jacob (1999). [Cybercultura. Gli usi sociali delle nuove tecnologie]. Milán: Feltrinelli
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiare ultramoderna: l'intelligenza terapeutica*. Milano: Franco Angeli ed.
- Manfrida, G., Albertini, V., y Eisemberg, E. (2020). *La clinica e il web, risorse tecnologiche e comunicazione psicoterapeutica online*. Milano: Franco Angeli ed.
- Mastropaolo, L. (1999). Interculturalità, lavoro di rete e mediazione familiare. *Connessioni*, 4. [Redes, 5, ed. Paidós 1999].
- Mastropaolo, L. (2009). *La mediación y la intervención para el cambio: recorridos diferentes de la Escuela Genovesa*. En R. Medina, E. Agulló, R. Castro, R. Calderon y L. Eguiluz (coords.). *Consultoria colaborativa. Intervención sistémica en redes y organizaciones*. Guadalajara, México: E- Libro Red América.
- Mastropaolo, L. (2011). Nuove patologie adolescenziali o nuove emergenze sociali? L'hikikomori è solo giapponese?. *Terapia familiare*, 97 [REDES, 28, 2013] [Il Metalogo,12, 2012].
- Mastropaolo, L. (2015). Trabajar con las organizaciones: romper el esquema. En R. Medina, E. Laso, E. Hernández (Coords.) *Pensamiento Sistemico Nuevas perspectivas y contextos de intervencion* (pp. 421- 438). México: Ed. Litteris Psicología.
- Mastropaolo, L. (2015). Sobre la Prácticas Alienadoras Familiares en Italia”. En J-L. Linares. *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación Parental reformulado* (pp. 151-180). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Mastropaolo, L. (2019). Dentro la perizia: l’“Intervento per il Cambiamento”. En Consulenze Tecniche d’Ufficio capitolo del libro *Complessità e Psicoterapia L’eredità di Boscolo e Cecchin* (pp. 125-144). Telfner Cortina ed.
- Nicolis, G. y Prigogine, I. (1991). *La complessità*. Torino: Giulio Einaudi
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bocchi, G. y Ceruti, M. (a cura di). (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli 1994
- Cecchin, G.F., Lane, G., y Ray, W. (1997). *Verità e pregiudizi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano*. M. Ceruti y U. Telfener (a cura di). Roma: Astrolabio.

¿Y dónde está el encuadre? La terapia fuera de los límites del consultorio

And Where is the Setting? Therapy Outside the Office Boundaries

Marcelo Rodríguez Ceberio^a

^aDirector académico y de investigación, Escuela Sistémica Argentina (ESA). oirebec@hotmail.com

Historia editorial

Recibido: 07-30-2020

Primera revisión: 30-11-2020

Aceptado: 01-12-2020

Palabras clave

encuadre, terapia familiar,
psicoterapia

Resumen

El encuadre es uno de los temas clásicos en psicoterapia. Desde los primeros momentos del ejercicio de la Psicología clínica, bajo un marco psicoanalítico, se describieron las pautas para organizar las consultas terapéuticas. Ha pasado mucho tiempo desde esos inicios, y los diferentes modelos y estilos del ejercicio profesional han particularizado los márgenes para desarrollar la terapia.

El artículo tiene como propósito describir y dilucidar, cómo las normas del contrato terapéutico, que diseñan el encuadre, son emergentes del estilo de cada terapeuta y se focaliza especialmente en el espacio donde se desarrolla la sesión. En este sentido describe y define el uso de espacios dentro y fuera del consultorio, como parques, bares, domicilios, etc., para llegar a concluir que el encuadre no es un formalismo externo al terapeuta, sino que el encuadre está en la mente de cada profesional, con lo cual esté donde esté puede ser el momento apropiado para desarrollar una sesión de psicoterapia.

Abstract

Setting is one of the classic themes in psychotherapy. From the first moments of the practice of clinical psychology, under a psychoanalytic framework, the guidelines for organizing therapeutic consultations were described. It has been a long time since those beginnings, and the different models and styles of professional practice have particularized the margins to develop therapy.

The purpose of the article is to describe and elucidate how the rules of the therapeutic contract, which design the frame, are emerging from the style of each therapist and focuses especially on the space where the session is developed. In this sense, it describes and defines the use of spaces inside and outside the office, such as parks, bars, homes, etc., to conclude that the setting is not a formalism external to the therapist, but that the setting is in the mind of each professional, wherever they are, may be the appropriate time to develop a session of psychotherapy.

Keywords

psychotherapy, family therapy,
setting

Siempre existen situaciones que exceden el marco de lo aprendido. Parece adrede que, en las primeras experiencias profesionales, nunca aparezcan aquellos pacientes que hemos leído, aquellos casos claros que hemos estudiado. Parece que un cóncave de terapeutas psicópatas asesinos, han urdido un plan contra nuestra persona para ponernos a prueba.

Franco era un terapeuta que hacía unos pocos meses se había recibido de psicólogo. Como profesional, solamente había atendido a un paciente y algunos cuantos en unas prácticas hospitalarias durante su carrera universitaria. Durante cuatro años, con un psicoanalista didacta de A.P.A., estaba estudiando las obras completas de Freud. Ese era todo su currículum.

Una de sus amigas del grupo del club, le había derivado a una compañera de trabajo. Paloma era enfermera general de turno matutino de una clínica privada. No pasaba los treinta años, linda, rubia con un pelo llovido y poco maquillaje. Siempre con el estilo quejoso: “estoy cansada”, consultaba por sus dificultades para independizarse de sus padres, a pesar que, económicamente, sus ahorros le permitían alquilar un departamento y vivir cómoda sin los riesgos de no llegar a fin de mes. Como hija única, se sentía culpable de dejarlos, más allá que su madre pasaba algunos “avisos” irónicos acerca del abandono y la soledad.

Franco se había montado en el prototípico psicoanalista: se vestía con traje, la trataba de Ud., cuando llegaba la saludaba dándole la mano. Al comienzo, realizaba unas cinco sesiones cara a cara. Luego pasaría al diván, siempre con una frecuencia de dos sesiones a la semana. Todo marchaba por los carriles convencionales. Él interpretaba, señalaba algunos puntos que consideraba importantes, y después de las primeras tres sesiones supervisó. Franco sentía que todo estaba bajo su control. Pero como acostumbraba a respetar los silencios y era poco intervencionista, en la medida que transcurrieron las sesiones, Paloma fue agotando su libreto y las islas de silencio y pocas palabras se agudizaron.

Entre las asociaciones de Paloma, recordaba que de niña se quedaba sola cuando por las mañanas su madre hacía las compras. Pero su madre tenía una treta: el tiempo que se hallaba fuera encendía la radio, con el objetivo de simular la presencia de gente en la casa para que Paloma no se atemorizara. Entre otros recuerdos afectivamente importantes, ella tenía grabada las imágenes cuando su padre regresaba de trabajar, cómo se lanzaba a sus brazos y le olía el olor a tabaco que traía impregnado en sus ropas.

Un día, cuando ya Paloma se recostaba en el diván, imprevistamente trajo una radio. La colocó sobre una repisa y sintonizó música clásica. Prendió un cigarrillo y, con gesto de placer, dio una bocanada profunda. Había traído a sus padres a la consulta. ¡Justamente el foco de su problema, la dependencia!

Pero, más allá de la hipótesis acertada o no acerca de la actitud de Paloma, fue la actitud de Franco. ¡Cuánta desorientación sintió de esa conducta inesperada de la paciente! ¿Qué es lo que debía hacer?, ¿Este comportamiento era resultado de algún error terapéutico?, ¿En qué se había equivocado? Se llenaba de preguntas, era asaltado por millones de inseguridades, se sentía manipulado y que había perdido su lugar como psicoanalista. Esta era una acción que escapaba del encuadre tradicional y eso no lo había leído en los libros. No sabía cómo actuar y se quedó inmóvil apenas pudiendo escuchar la música clásica que salía del pequeño aparato.

Casi toda la sesión transcurrió en silencio, hasta que Franco más tímidamente que con firmeza, le dijo a Paloma: “Verdaderamente es hermosa la música clásica, pero hasta aquí, en la terapia, ¿es necesario traer a tus padres? Ella no entendió bien. Hizo un silencio largo y soltó un imperceptible “¿Por qué?”

Franco le dijo que la esperaba la próxima sesión. Llamó a dos o tres colegas para contarle, habló también con su supervisor, necesitaba ansiolíticos verbales y ribotriles explicativos para apagar el sentimiento de culpa de saber si había hecho bien en dejarle la radio prendida, si hubiese debido pedirle que la apagara, de interpretarle más inmediatamente y no dejar que toda la sesión

transcurriese. Si fue acertado lo que le señaló. Tenía bronca, ¿No podría haberle tocado en suerte algo más sencillo?...

Franco, tiempo más tarde y con mucha más experiencia, se ríe cuando recuerda aquella anécdota... (más aún, cuando Franco soy yo en mis primeros pasos en la profesión).

COLOCARLE UN MARCO A LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La relación terapéutica consiste en la interacción de dos (o más personas), en la que una de las partes asiste a una consulta para ser ayudada por un especialista para resolver su problema. Como relación es asimétrica y complementaria, ya que los pacientes buscan ser ayudados (*down position*) por un profesional que se supone experto en la resolución de problemas (*up position*) (Ceberio y Watzlawick, 2008).

Algunos terapeutas la definen como un vínculo afectivo (Linares, 1996), y bienvenida esta definición puesto que cuando ambos -paciente y terapeuta- aceptan y definen la relación como una relación amorosa, el compromiso se acentúa y las intervenciones cobran más potencia, si el amor conjuga con la teoría y la técnica. Todo se establece con mayor responsabilidad. Aunque impere el afecto en la relación, esto no invalida que el profesional vive de su profesión y es un prestador de servicio, es decir, cobra por su función, pero si además la ejerce con cariño, mejor aún.

En el vínculo terapéutico, tanto paciente como terapeuta desarrollan intervenciones en la sesión. Todo lo que diga el paciente, lo que hable o cuente, sus apreciaciones y opiniones, tienen valor de intervención hacia el profesional, más allá de las intervenciones técnicas avaladas por el modelo terapéutico, que éste esgrima en las sesiones. Ambos se hacen intervenciones en la retroalimentación y actúan en consecuencia (hablan, emocionan, reflexionan y accionan). Cuando el paciente asiste a consulta llega con su problema y lo cuenta, a partir de ese momento el terapeuta construye un problema a partir del relato del problema que cuenta su paciente. O sea que a partir del problema del paciente, el terapeuta tiene el problema de ayudar a resolver el problema de este. Cuando finalmente, el paciente resuelve su problema, el terapeuta también resuelve su propio problema de ayudar a resolver el problema del paciente. Quiere decir que ambos resuelven algo en ese encuentro terapéutico (Keeney, 1983).

La psicoterapia, en términos cibernéticos, es una relación que corrige arcos de entropía, los reduce al resolver las crisis. A veces los amplifica para reformularlos y reducirlos otorgándoles un nuevo sentido. Es un espacio de crecimiento y aprendizaje, donde se enseña la resiliencia y cómo de los hechos se construyen oportunidades en pos del bienestar (Cyrułnik, 2008).

Todo este desarrollo acerca del significado de una consulta terapéutica se corporeiza en un espacio: la psicoterapia se encuentra enmarcada en un contexto y en un formato que cada terapeuta impone en la relación con sus pacientes. Es un tronco rector que demarca las interacciones con los pacientes y también con cada paciente en particular.

El encuadre terapéutico ha sido de uno de los elementos teóricos-pragmáticos que le han proporcionado una organización al desarrollo de un proceso de la psicoterapia. De acuerdo a los diferentes modelos los encuadres sufren variaciones, pero también la persona del terapeuta le otorga su sesgo particular. Esto es lo que hace a la diferenciación entre el modelo terapéutico y el estilo del terapeuta. El modelo puede ser conceptualizado como un formato que permite el ejercicio terapéutico bajo premisas teóricas que moldean la percepción y avalan, a su vez, a una serie de técnicas que componen el repertorio práctico del modelo (Rossi, 2017).

En cambio, el estilo terapéutico es la particular instrumentación del modelo en manos del terapeuta. El modelo es la lupa y el desarrollo pragmático es el estilo. El modelo pasa por el filtrado de elementos contextuales (atención en consulta privada, hospital público, contexto sociocultural, persona del paciente, clase social, problemática trabajar, tipos de terapia: grupal, individual, familiar, de pareja) y elementos personales (ideología política, estilo de vida, ciclo vital, características personales y relacionales, historia, cultura, mitos, valores) (Ceberio y Linares, 2005; Ceberio et al, 2003).

Cada terapeuta, desde su modelo y estilo personal, planteará el marco formal del desarrollo de

las sesiones con su paciente. El encuadre terapéutico, entonces, supone organizar explicitando una serie de constantes, como parte de un contrato, cuya especificación le otorga transparencia y claridad al vínculo. Esta estipulación de normas augura una posible buena relación. De esta forma, se entiende que el encuadre terapéutico es el mantenimiento de ciertas variables como constantes durante el proceso terapéutico o psicodiagnóstico.

Encuadrar permite contextualizar las acciones terapéuticas bajo reglas, más o menos rígidas de acuerdo a los criterios de cada profesional. Significa también poner límites, que son entendidos como protección y cuidado del vínculo. El encuadre en Psicología hace referencia a lo constante y estable, lo cual incluye la modalidad de trabajo (aunque no es necesario mencionar qué tipo de modelo, ya que los pacientes no conocen elementos teóricos de cada modelo, salvo excepciones), los objetivos de trabajo terapéutico, el tiempo de duración de las sesiones, el lugar donde se desarrollan, los horarios y días, los honorarios y la forma de pago, y el establecimiento de los roles y funciones de cada actor del proceso (el psicólogo y su cliente/paciente) (Orozco, 1985; Berenstein, 1968; de Viñar 2002). Entonces el encuadre construye y organiza el contexto de la consulta, le otorga significado a todas las acciones que se desarrollen (Bateson, 1976).

Entonces, se deben revisar cuáles son las premisas que el terapeuta demarca en la relación terapéutica, para construir un vínculo claro, facilitador, que permita codificar correctamente los mensajes y lleve a cumplir los objetivos satisfactoria y eficazmente. En el presente trabajo nos centraremos en un aspecto del encuadre: “El lugar donde se desarrollan las sesiones”. Cuáles son los espacios que se ocupan en las sesiones, cuáles se creen que se deben ocupar y cuáles no.

La propuesta entiende que el encuadre se halla dentro de la mente del terapeuta y es desde ese lugar donde actúa su función. Eso quiere decir que, el desenvolvimiento de las sesiones no necesariamente se adecúa precisamente a los límites que demarca el despacho del terapeuta, ni siquiera en el mismo despacho donde la consulta se sitúa ortodoxamente cada uno en su sillón en el mismo espacio. O sea, las fronteras que se traspasan tanto puertas adentro, es decir, en el perímetro del departamento que oficia de consultorio (por ejemplo, la cocina); como puertas afuera: el trabajo terapéutico que se desarrolla en salas de terapia intensiva, campos deportivos, domicilios, parques, bares o simplemente caminando en las calles.

“El encuadre está dentro nuestro”, es un imperativo que desestructura la necesidad imperiosa de cumplir con una parte relevante del encuadre clásico: la realización de sesiones en la oficina del terapeuta. En general no se concibe la terapia de otra manera. Sin embargo, si el terapeuta está compenetrado en su función, trabaje donde trabaje hará sentir en su paciente, el ejercicio de su función, la asimetría del rol, su lugar de experto, el acto de servicio por el que se abona un honorario, el cumplimiento de una hora determinada y fundamentalmente el respeto y afectividad del vínculo.

EL CUERPO EN EL ESPACIO DE LA CONSULTA

Tradicionalmente, para el juego de la psicoterapia solo hace falta un terapeuta, pacientes y un despacho amoblado convenientemente. En ese diálogo, solamente lo que el terapeuta y paciente intercambian son palabras y gestos. Algunos profesionales poseen una carameleara ofreciendo dulces, otros tienen un dispensares de agua fresca con vasos de plástico, otros un refrigerador y el agua o la gaseosa es ofertada por el terapeuta, etc. Los más atrevidos preparan una infusión. Atrevidos, porque preparar, por ejemplo, un café, implica que el terapeuta se desplace a la cocina y hable desde ella o haga esperar al paciente hasta que trae el café preparado. Esta movida simple, sugiere una transgresión de espacios, por parte del terapeuta, aunque bien podría constituirse en el momento propicio para comenzar a trabajar con el paciente de manera espontánea fuera del espacio de la sesión, por ejemplo, en la cocina.

Naturalmente, cuando se trabaja en psicoterapia, a veces es imposible entrar en la problemática del paciente de manera directa. Esto quiere decir que es importante destinar o dejar librado a la espontaneidad cierto tiempo para merodear sobre temas superficiales hasta llegar a los centrales que preocupan a los pacientes. Ese tiempo es el que va desde la puerta de entrada hasta que la persona

se sienta en su silla. Ocupa un rato más, el hecho de que los miembros se acomodan y encuentran sus lugares donde sentarse. Todo transcurre en silencio o aderezado con algún tópico superficial, o algún comentario más específico, hasta que alguno de los integrantes de la familia, o la pareja o el mismo paciente individual, decide entrar en el tema particularizando el porqué vino a terapia o simplemente retomando lo trabajado en la sesión anterior, o comentando algo importante que le sucedió en la semana, por ejemplo.

En otras ocasiones, es el terapeuta quien pone coto a toda una serie de banalidades para ingresar curiosamente en la problemática. No hace falta que coloque abruptamente la frontera entre lo periférico y lo central del tema a tratar, aunque a veces hace falta. Por ejemplo, la familia redonda en banalidades y banalidades y se encuentra perdiendo tiempo de trabajo y el terapeuta señala un corte categórico: “Bien... entonces, ¿Cómo están con el tema que estuvimos trabajando en la sesión pasada?... (dirigiéndose a la mamá), ¿Pudieron salir con su esposo?... A propósito, ¿Por qué no vino él?”. En otras ocasiones, estratégicamente se va desde lo superficial al eje del motivo de consulta, en un pasaje casi imperceptible donde la familia entra en tema sin proponérselo. El terapeuta toma una frase o una expresión que puede ser entendida en otra semántica a la manifestada: “Si Doctor, como siempre nos costó salir de casa, daban vueltas y vueltas y siempre se olvidaban de algo”... y el terapeuta afirma: “A ustedes siempre les cuesta salir, hacen esfuerzos, pero es cierto, dan muchas vueltas en vez de tomar el camino directo...”

Parte de este juego que se desarrolla en el *joining* inicial, puede desenvolverse mientras que se prepara una infusión o se sirve una copa de gaseosa fresca. Por lo general, los consultorios privados son mono ambientes o a lo sumo de dos, de los cuales una habitación opera como sala de espera (aunque por la puntualidad de los turnos poco se espera para la iniciar la sesión), la cocina, entonces, en cambio de ser geográficamente un lugar apartado del despacho, puede incorporarse como un anexo. O sea, los espacios tradicionales se ensanchan en pos de flexibilizar los encuadres clásicos, en dirección a favorecer la introducción de información.

Cuando, de manera espontánea, el terapeuta se conduce con libertad en los diferentes lugares del hábitat terapéutico e inste a compartirlos, el paciente se sentirá con la máxima comodidad para hablar de sus intimidades con menor inhibición. Por supuesto, con las limitaciones de entender que existen lugares privativos del profesional. La asepsia profesional ha sido mal interpretada por numerosos terapeutas que, imbuidos principalmente en los modelos tradicionales, tergiversaron en nombre de la disociación y la toma de distancia, la relación terapéutica (Bleger, 1967).

En una oportunidad, una paciente que, después de una docena de sesiones, entró a la consulta casi desesperada con ganas de ir al baño. Lo que más me había extrañado, fue su actitud temerosa y titubeante, y la cantidad de disculpas que pidió por solicitar hacer sus necesidades fisiológicas. Cuando reingresó en el despacho, le pregunté curioso el porqué de tanto preámbulo simplemente para ir al lavabo. Hacía dos meses que llegaba entre cinco y diez minutos antes a la sesión y se prestaba al ritual de tomar un café en un bar cercano al despacho para poder ir al lavabo del lugar, por la creencia de que estaba prohibido ir al baño del consultorio. Esa creencia estaba sustentada, en que su terapeuta anterior no le permitía el ingreso a su baño por considerarlo un lugar privativo de la profesional. No obstante, cabe agregar que más que mal interpretar la teoría o tergiversarla, esto se trata de sentido común, de relación humana.

En esta línea de desestructurar espacios tradicionales o, más bien, transgredirlos, al inicio de la sesión y, de acuerdo con el tipo de paciente y su situación, el terapeuta podrá dar comienzo a la conversación mientras que hacer hervir el agua, prepara el café, dispone las tazas y todo el ritual como un verdadero anfitrión. Es necesario observar las actitudes del paciente y, por supuesto, que este ritual es factible realizarlo con un paciente de manera individual y hasta una pareja. Pero podría complicarse cuando es toda una familia, por el hecho de servirles a todos, algunos van a la cocina, otros quedan en el consultorio, y se corre el riesgo de perder un tanto el control de la situación.

En Argentina, más allá del café o del té, existe una infusión que se denomina Mate. El mate, al pasarse de uno a otro de los bebedores, mancomunada, estimula el compartir y, por lo tanto, el diálogo.

Existe todo un ritual de la preparación del mate. Mientras que el agua se calienta, en la cocina, el terapeuta cargará con yerba el recipiente, echará un poco de agua, enterrará la bombilla en la yerba y así sucesivamente. En el entretiem po, el paciente acoplado a esa parsimonia, podrá comenzar a hablar de su problema o se iniciará con comentarios periféricos hasta llegar al nódulo en cuestión. El mate, permite compartir entre un mate y otro, el diálogo terapéutico. En algunos casos, algún paciente trae unos bizcochos típicos y se arma una especie de ronda afectiva en donde transitan las palabras, gestualidades y demás interacciones durante la consulta.

Prepare lo que se prepare, en ese ámbito se verá si el paciente se queda sentado en su asiento y no acompaña la preparación en la cocina. Hay pacientes que hablan en voz alta para que el terapeuta los escuche, pero no se mueven de su lugar. Otros se acercan y se muestran totalmente cooperativos: lavan una taza, toman la bandeja y colocan la azucarera y las cucharas, otros endulzan los dos cafés. Mientras tanto, hablan de lo que les sucede, de su dolor, de su tristeza, de sus problemas. Otros, se quedan en los comentarios periféricos, esperando que comience la sesión, en la creencia que el inicio se produce cuando ellos y el terapeuta se sientan en su sillón (Ceberio, 2009).

Algunos vienen de trabajar, hambrientos y una infusión y unas galletas alientan a conectarse mejor con lo que les sucede. Otros, compartidores y cuidadores por excelencia, son ellos los que traen las galletas, golosinas o chocolates a la consulta. Se podrá interpretar que es fruto de la ansiedad, semejante muestra de afecto mediante la comida y los dulces: puede que sí, pero esto no quita que pueda –paliativo de ansiedad mediante– favorecer la comunicación terapéutica.

Si la sesión ha adquirido cierto nivel de ilación y concentración en ese preámbulo de preparativos, conviene no moverse de la cocina y no correr riesgos de perder el clima logrado y, tal vez, toda la consulta se desarrolle allí. Lo más importante, es consolidar una relación y un ámbito de psicoterapia que favorezca la introducción de información nueva en pos del cambio.

No se trata de “deber hacer” una infusión u ofrecer cualquier alternativa de las expuestas, se trata de contar con la posibilidad. “No con todos los pacientes, no siempre con algunos”: es decir, existen ciertos pacientes que, por el grado de manipulación, rápidamente pueden saltar a una confianza extrema traspasando los límites de la relación profesional. Por otra parte, no siempre es necesario jugar el caldeamiento de esta manera con los pacientes que sí es posible aplicar esta fórmula. El terapeuta debe sentirse libre en su espacio y en la relación, condicionado por la ética y con el objetivo responsable de ser eficaz en el tratamiento de su paciente.

Entre las numerosas intervenciones y técnicas que los terapeutas desenvuelven en las sesiones, acopladas al contenido del mensaje que se envía, está la forma en que se expresa. Tan importante es el contenido como todo el panorama de lo paraverbal que lo acompaña. Por ejemplo, cuando se abre la puerta de un consultorio, se inicia el juego relacional de los pacientes con el terapeuta. Aunque podría afirmarse que ya desde el llamado telefónico ha comenzado a cimentarse el vínculo, puesto que el pedido de consulta en la terapia sistémica tiene visos de una conversación exploratoria –como además de caldeamiento– con miras al desarrollo del futuro trabajo terapéutico.

Todo es sorpresa para la primera sesión, y sorpresa más cierto grado de previsibilidad cuando el paciente y el terapeuta han transitado varias sesiones juntos. Pero también, la terminación de la consulta, el momento cuando se abre la puerta del despacho y se despide al paciente, se constituye en la oportunidad de realizar el último comentario que opera como corolario de la hora de sesión.

Más allá del transcurso de la consulta, el momento de la apertura y del cierre son instantes estratégicos de intervención y son esos instantes los que se desenvuelven en el perímetro que demarca la apertura o cierre de la puerta de entrada. Ese cuadrilátero, es el lugar clave donde se abre o se finiquita el juego de la psicoterapia. Entonces, llamaremos “Intervenciones del uno por uno”, a aquellas maniobras que se realizan en la puerta de entrada a la consulta. Por lo tanto, se entiende que la sesión de psicoterapia no se inicia cuando el paciente se sienta en su sillón, en rigor, mucho de lo que se hable, se profundice, analice, converse en ese preciso momento depende del recibimiento del profesional desde la puerta de entrada hasta que el paciente se sienta. Ese pequeño periplo, ofrece al profesional numerosos datos analógicos y verbales, que deben ser capitalizados a favor de enri-

quecer la sesión.

Las intervenciones en el cuadrilátero de un metro por un metro (Ceberio 2009), implica el saludo, el abrazo, la proximidad en la llegada y en la despedida, la estocada intervencionista que resume la información de la sesión. También no es necesario que el terapeuta esté adherido a su sillón, se pueden realizar intervenciones de pie, principalmente aquellas más enérgicas, que desde un up corporal permiten imponer autoridad y directividad a la información que se envía. O de pie, mirar el horizonte a través de su ventana, mientras que una pareja discute, en señal de más de lo mismo y cuánto se aburren. También en los consultorios, en el buen tiempo se pueden aprovechar patios, balcones y jardines, cambiando de ambiente y flexibilizando los lugares. Son múltiples, las oportunidades que se pueden crear puertas para dentro. Veamos ahora que sucede en el exterior del consultorio.

TERAPIA EXTERNA AL CONSULTORIO

Es tradicional el trabajo del psicólogo en su consulta, en Hospitales y clínicas, en campos deportivos, Empresas, Escuelas, servicios sociales, etc., pero todos estos lugares implican un lugar para el profesional que delimita su propio territorio y el del paciente. Cada uno tiene su lugar en el espacio compartido en las diversas áreas. Pero no vamos a tratar esta temática, sino, analizar y describir si es posible exceder el perímetro convencional donde se desarrolla la sesión: ¿Qué podría decirse de trabajar terapéuticamente fuera del consultorio? O sea, desarrollar la sesión en un bar cercano al de la consulta, o caminar por un parque, sentarse al sol en una plaza, asistir al paciente en su domicilio, aprovechar su horario de almuerzo en el trabajo y hacer una sesión en un restaurante, etc.

Muchos terapeutas tradicionales, bien pueden pensar que es una estrategia o simplemente una idea descabellada. No son pocas las oportunidades, en que es el contexto el que obliga a trabajar en lugares no habituales pero que terminan convirtiéndose en el sitio normal donde se desenvuelve la sesión. Por ejemplo, en muchos hospitales públicos de Buenos Aires, por deficiencia de la estructura edilicia, la demanda de pacientes sobrepasa a la cantidad de consultorios disponibles para la atención. Es, entonces, cuando el terapeuta debe optar: o renuncia al servicio porque la infraestructura no le permite trabajar como él desea o, inventa lugares recreando el clima necesario para trabajar en consulta. Así se encuentran terapeutas que realizan una consulta en la sala de espera de otra especialidad médica, utilizan el parque del hospital, el bar de los alrededores o sencillamente construyen una sesión terapéutica mientras caminan.

Pero, más allá de que el contexto mediatice la forma de atención y obligue a transgredir “el lugar sagrado de la psicoterapia”, trabajar fuera del consultorio puede constituirse en una estrategia de acción. Desarrollar la sesión en cualquier lugar de la periferia, desde un bar hasta un domicilio o una sala de cirugía, pueden ser algunos de los lugares atípicos donde efectuar psicoterapia.

Seguramente que, de todos ellos, el pre o post operatorio de un paciente en una clínica o la asistencia domiciliaria por unas cuestiones de no ambulación del paciente, hacen que la psicoterapia se desenvuelva obligadamente fuera del consultorio. Pero no nos estamos refiriendo en especificidad a estos lugares (que, además, conllevan razones de contexto por las que el paciente no puede concurrir a nuestro espacio). No es lo mismo “decidir” realizar la sesión en el domicilio del paciente, que estar obligado por la situación para hacerlo. Uno de los ejemplos precisos de este tipo de atención, remite al modelo desarrollado en Italia de la Desinstitucionalización psiquiátrica, cuyas ideas germinales se desarrollaron en Trieste¹.

1 La *Desinstitucionalización psiquiátrica*, fue un movimiento antimanicomial desarrollado bajo el liderazgo de Franco Basaglia. En principio, a partir del año 1961, la experiencia comenzó en el hospital psiquiátrico de Gorizia para luego, en el manicomio de San Giovanni en la ciudad de Trieste, desenvolver un proceso de externación de pacientes que culmina en una ley nacional que prohíbe la construcción de manicomios en toda Italia, el cese de la aplicación del electroshock, entre otras cosas. Se crea así, un nuevo modelo y organización de salud mental. Es un modelo que convoca al respeto por la diferencia, los derechos civiles de los pacientes psiquiátricos, por la libertad y la dignidad del ser humano.

Como parte del proceso de desmanicomialización, se externó a la mayoría de los pacientes mentales, quienes luego de años de reclusión en el asilo, lograban retornar a sus casas natales, o recurrían a una vivienda compartida bajo la tutela de profesionales, o simplemente se iban a vivir solos. Como resultado de la supresión del manicomio, se crearon centros de salud mental que realizaban la mayoría de sus actividades fuera del edificio donde funcionaban. El punto de mayor actividad era el domicilio del paciente, respetando así, la descentralización del manicomio, es decir, evitando crear nuevamente centros con la misma política represiva (Basaglia 1968, 1982).

TERAPIA DOMICILIARIA

Cuando se trabaja en la experiencia, el hecho habitual de visitar la casa de las personas, hace que el profesional observe detenidamente una serie de detalles que son parte de la psicoterapia. La casa refleja el mundo interno de las personas, las características de la familia, la dinámica de la pareja. Describe a la fratria.

Hay *livings* sombríos, desolados. Mientras que la cocina es activa, donde se desarrolla la vida familiar. Se come, se lee, se mira televisión, se conversa. Es el epicentro de las reuniones familiares. Toda casa tiene lugares públicos, aquellos en los que la familia intercambia con gente ajena al clan; y privados que pueden ser descriptos como los sitios íntimos, aquellos que no son vistos por los de *afuera*. A veces, los públicos se encuentran ordenados, mientras que los privados emulan a un desorden casi bizarro. En otras ocasiones, los lugares públicos son espacialmente grandes en comparación con los espacios privados, denunciando una familia que mira hacia fuera y no su propio interior.

El tipo de decoración, por ejemplo, denuncia los gustos familiares: si es una casa recargada o sencilla, con qué clase de objetos se halla arreglada: pocos, pero finos, muchos, pero baratijas. Las fotos familiares, tanto generales como la preeminencia de ciertos personajes de la familia, dan la pauta de quienes son idealizados, los ausentes, los descalificados, etc. Si abundan los libros, qué clase de lectura es la predominante. Si los cuadros son reproducciones de buen gusto u óleos baratos. Si la religión tiene relevancia, si existen cuadros de vírgenes, Cristos, Santos, u otras veneraciones, etc.

Cuáles son los colores predominantes en la casa. Qué diferencias existen entre los colores de los dormitorios y los lugares comunes de la familia. Los cuartos de los adolescentes, muestran sus ideologías, ídolos, gustos, sometimiento, rebeldía, marginalidad o integración, etc. Cuando se llega a la atención domiciliaria, también se debe observar quién está dispuesto, o durmiendo a pesar de que es media mañana, o quién trabaja.

Cómo se visten los integrantes mientras que están en el hogar. Deben observarse el grado de dejadez, deterioro o actualización que tiene el hogar. Si pierden las canillas del baño o las de la cocina, el tanque del inodoro, si hay lámparas o solamente bombillas. Si hay platos sucios o grasa en los azulejos o tierra en las repisas. El estado de higiene de la casa. Hay personas pulidísimas y la casa es una inmundicia, otras que son consecuentes: desordenados y sucios con casa desordenada y sucia. Otros, en la misma dirección, son metódicos y ordenados y la casa los reproduce.

Cualquier detalle de la casa (y hay múltiples) son elementos detonantes de preguntas. Un terapeuta que desarrolle su curiosidad, mirará cuadros y preguntará acerca de los integrantes, qué edad tenían (si son los miembros de la familia), quiénes son otros que desconoce, donde estaban cuando se sacaron la foto. Todas estas preguntas mínimas, pueden construir cadenas de diálogo como caldeamiento a la entrada de la sesión. Cómo reciben al terapeuta, si lo atienden, si le ofrecen un café, o la madre que ha cocinado un bizcochuelo para acompañarlo, si lo invitan al almuerzo o merienda familiar, etc. Es decir, cuáles son las muestras de afecto y reconocimiento, cuál es el código de la familia en estos aspectos, qué clima familiar en general impera en la casa, el lugar del profesional en la familia, el grado de importancia del tratamiento.

Uno de los tantos pacientes de Trieste, Giorgio, no solo que se masturbaba compulsivamente, sino que penitenciaba rezando –también de manera compulsiva- el Rosario. Cuando fuimos a su casa, nos recibió la madre, una señora mayor con el cabello blanco y recogido, pequeña y regordeta, vestida de gris y azul, tal cual una madre superiora. Apareció su hermana, una pelirroja de lentes,

también de cabello recogido, íntegramente vestida de azul con un catecismo en la mano: propiamente una monjita. En el hall de entrada, sorprendía un cuadro gigantesco del Sagrado Corazón que mostraba a un Cristo de mirada benévola. Un cuarto de la antigua casa reproducía una capilla de oración. Giorgio había coleccionado con esta mamá hasta los 14 años, las fantasías en él proliferaban y lo llenaban de culpa. No salía de su casa y ese marco de extrema religiosidad que aparecía en cada rincón de su hogar, lo hostigaba castigándolo permanentemente (Ceberio, 2010).

TERAPIA EN BARES, PARQUES Y OTROS ESPACIOS PÚBLICOS

En Trieste, las sesiones individuales pueden desarrollarse sentados en el banco de una plaza, creando un clima de intimidad en un ángulo del bar o caminando por la costa adriática. Se realizan excursiones con grupo de pacientes de diferentes centros y hasta es posible que un equipo de operadores lleve a grupos de pacientes de vacaciones. Este modelo, puede considerarse el máximo exponente en lo que respecta a la ruptura de los espacios prototípicos de atención terapéutica.

Salir del consultorio y realizar la sesión en lugares atípicos, demuestra que la psicoterapia no solo se ciñe al espacio tradicional. Utilizar otros lugares, demanda habilidades profesionales mayores con el propósito de crear el clima intimista para desarrollar una sesión en un bar o en un parque, lo que supone una mayor estrategia puesto que son lugares públicos y ambos, paciente y terapeuta, están expuestos a las miradas y a la escucha de la gente. Le exige al terapeuta, un mayor grado de maniobrabilidad en la conducción, en el manejo de estrategias sin la contención de las paredes del despacho.

Un hombre con resistencias a constituir su radio social, una mujer con dificultades para seducir, alguien con una cuota de hermetismo y aislamiento, o una persona emparentada con la fobia social, por ejemplo, hacen que en un bar se observe cómo funcionan relacionamente. Lo que sienten, sus inhibiciones y sus bloqueos, sus capacidades y recursos. Una señora estresada, un hombre excedido de peso, alguien ansioso y tensionado, un fumador empedernido, alguien que debe terminar con su sedentarismo, parecen ser los estados propicios para desenvolver la sesión en un parque. Mientras que se camina o se sitúan en el banco de una plaza, el terapeuta pasará informaciones que apuntan directo al cambio de *status quo*. El terapeuta se detendrá estratégicamente y solicitará que escuche el canto de los pájaros o el silencio, que se observe el verde, que se aspire profundamente el aire de la mañana, en síntesis, toda una serie de estímulos que colaboran con la relajación, que hacen descender los niveles de ansiedad y favorecen la concentración en la terapia.

Desarrollar una sesión afuera, implica una provocación a las estructuras inflexibles del paciente y un desafío a lo que le cuesta cambiar. También, en algunos casos, resulta una puesta en marcha *ad hoc* de lo que debe y cómo debe cambiar. Sirve, así mismo, cuando el terapeuta realiza una prescripción y anticiparla como muestra. Por ejemplo, el terapeuta le indica a una persona muy introvertida que salga a un bar, que observe a la gente, que dialogue con el camarero, que se muestre simpático. O cuando le manda a un paciente que lleva una vida sedentaria, que camine 30 minutos y solamente 30, no más, en tres oportunidades semanales.

También es factible utilizar el espacio externo cuando se trabaja con deportistas. En este sentido, los psicólogos del deporte poseen gran experiencia en trabajar en cancha de tenis, fútbol, gimnasios, vestuarios, parques, centros de entrenamiento, pistas de atletismo, competencias, etc. Allí se ven claramente, los factores inhibitorios de las capacidades deportivas que impiden lograr resultados esperados por el nivel de entrenamiento, la motivación y la valoración personal. En otras ocasiones, no existen motivos estratégicos para salir de la consulta. Puede deberse solamente a las ganas del terapeuta y no referirse a pormenores del paciente. El profesional se encuentra cansado y necesita despejarse, moverse, salir del anquilosamiento muscular y necesita una bocanada de aire fresco.

LOS LÍMITES

Por supuesto, que es necesario ser extremadamente cauteloso en quien puede aplicarse esta maniobra. La normatividad que implica encontrarse en el perímetro del consultorio, pauta límites

en el accionar del paciente, aunque también en el terapeuta. La geografía del consultorio, el espacio físico, forma parte de las reglas del encuadre y esto introduce límites *per se* en el vínculo terapéutico. En cambio, cuando se traspasan las fronteras del lugar donde clásicamente se desarrolla la consulta, el profesional debe estar sumamente atento a no perder ese lugar relacionalmente asimétrico con el paciente, lugar que le otorga una semántica poderosa en sus intervenciones. Por tal razón, el excederse del territorio del despacho exige al terapeuta prestar suma atención para evitar cualquier empaste del vínculo. O sea, que el paciente se confunda y crea que, porque bebe un café o almuerza o camina con el terapeuta por un parque, es un amigo, un familiar o algo que se le parezca.

Por estas razones, no es productivo salir del consultorio con un paciente que se halla en “transferencia amorosa” con el profesional. El hecho de estar en la calle, en un bar o en un parque, puede llegar a hacer proliferar fantasías y a creer con más asidero que pueden concretarse. El consultorio actúa como factor pautador de la relación, un factor que delimita interacciones. El paciente puede confesar su amor, pero se encuentra en un contexto que sella el vínculo profesional. El hecho de salir de semejante muro de contención de la relación terapéutica (tanto para el profesional como para el paciente), puede llevar el riesgo de contaminar el vínculo. Es decir, el *estar afuera* puede activar las fantasías y también activar la posibilidad de concretarlas, aunque claro está, que los principales límites se hallan dentro del profesional y no solamente en el hábitat donde transcurre la sesión.

Tampoco resulta efectivo, en aquellos pacientes con ciertos manejos psicopáticos o con una sutil y fuerte cuota de manipulación. Más allá de los límites que pueda imponer el terapeuta, el contexto de la calle “es tierra de nadie” de cara a un paciente con estas características. El afuera puede ser una tentación para sus mecanismos, con una fuerte tendencia a simetrizarse y el intento de colocarse por arriba del profesional.

En pacientes con dificultades de atención o concentrarse en el diálogo, pseudomaniacos y acelerados acentuados, un bar o un parque pueden ser factores distractores -por hallarse poblado de estímulos- que los alientan a desfocalizarse. Aunque luego de un período de trabajo sobre ese punto, es importante comprobar si se realizaron modificaciones. Entonces, el salir del consultorio puede ser una brillante oportunidad para ver el nivel de efectividad del cambio.

Es claro, también, que en algunas situaciones donde el paciente se encuentre muy sensible y angustiado, o excesivamente triste, o cuando la problemática es muy compleja que exige desentramar conflictos aderezados por la bronca que exigen ser relatados con vehemencia y hasta elevar el tono de voz, la asistencia en un bar no constituye el momento oportuno para desarrollar la sesión. El bar puede obturar las manifestaciones emocionales y coartar la libre expresión de la sesión.

Este tipo de estrategias, en general (y se da por supuesto) deben desarrollarse con pacientes individuales. Es imposible pensar una familia o una pareja en consulta en bares o plazas públicas. Pero, no se trata de realizar las sesiones fuera de la consulta de manera regular. Esta no es la propuesta en ninguno de los puntos descritos en este texto. Es importante, reiteramos, que el profesional cuente con la flexibilidad relacional y contextual, para aplicar estas estrategias oportunamente ampliando sus recursos de intervención. Entendiendo que el encuadre, no solo se encuentra en el contexto donde desarrolla la psicoterapia, sino dentro de sí: el terapeuta es el gran conductor y el que impone las reglas de juego en amalgama interactiva con el paciente en busca de una complementariedad que facilite cumplir con los objetivos de manera eficaz y rápida.

CONCLUSIÓN

Para lograr tener la flexibilidad de externarse con el paciente en la consulta, es necesario entender que el encuadre, no solo se encuentra en el contexto donde desarrolla la psicoterapia, más aún, ese contexto es la construcción del terapeuta desde su modelo y estilo. Ni la distancia de los sillones, ni el escritorio, o el guardapolvo que se viste en hospitales, ponen al resguardo la relación. Son objetos que se colocan para demarcar una diferencia y a veces operan como una defensa om-

nipotente del profesional. Los profesionales más nóveles e inseguros, necesitan de esa parafernalia para sentirse fuertes en el rol. Por lo tanto, el encuadre, cuanto más rígido es mayor es la defensa del terapeuta.

El encuadre se encuentra dentro de la mente del profesional. Esta concepción parte de la autovaloración y la consecuente seguridad. El terapeuta es el gran conductor y es el que impone las reglas de juego en esa amalgama interactiva con el paciente en busca de una complementariedad que facilite cumplir con los objetivos de manera eficaz y rápida. Se encuentre donde se encuentre el profesional, si tiene en claro su rol y función, no necesitará de nada para ejercerla, solo sus conocimientos y pasión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basaglia, Franco. (1968). *L'istituzione negata*. Ed. Einaudi.
- Basaglia, Franco. (1982). *Scritti I 1968 1980*. Ed. Einaudi.
- Bateson, Gregory. (1972). *Step to an ecology of mind*. Ballantines Books. Versión cast. (1976). [*Pasos hacia una ecología de la mente*]. Paidós.
- Berenstein, I. (1968). El grupo familiar. Proceso terapéutico y encuadre. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 14, 238-239.
- Bleger, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Revista de psicoanálisis*, 24(2), 241-258.
- Ceberio, M. R., Moreno, J., Deschamps, C. (2003.) La construcción del estilo terapéutico. *Revista Mosaico*, 12-
- Ceberio, M. R., Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Paidós.
- Ceberio M. R. & Watzlawick P. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción*. Paidós.
- Ceberio, M. R. (2009). *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia*. Ed. Teseo
- Ceberio M. R. (2010). *La nave de los locos*. Ed. Teseo
- Cyrułnik, B. (2008). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa.
- de Viñar, M. U. (2002). Construcción del encuadre en psicoanálisis de niños. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 24-30.
- Keeney, Bradford. (1983). *Aesthetic of Change*. Nueva York: The Guilford Press. [*Estética del cambio*]. Paidós.
- Linares J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Paidós.
- Orozco, E. (1985). Las funciones del encuadre. *Revista de Psicoanálisis*, 2, 57-64.
- Rossi, G. (2017). *Usos y variaciones del "encuadre" en el Acompañamiento Terapéutico*. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.Psiuba.ar/academica/carreras_degrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/687_acompanamiento_1c/material/variaciones_encuadre, 20.

Comunicación Padre-Hijos: El papel del apego y la expresión del afecto bajo el espectro del lugar de género

Communication Father-child: The Role of Attachment and Expression of Affection under the Spectrum of the Gender Place

Maria Luiza Cobra de Castilho^a, Madalena de Carvalho^b, Alda Portugal^c

^{ab}Universit of Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra,

^cDepartamento de Psicologia da Universidade da Madeira / Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Historia editorial

Recibido: 15-09-2020

Primera revisión: 31-10-2020

Aceptado: 30-11-2020

Palavras-chave

paternidade, comunicação, afeto, relação parento-filial, famílias contemporâneas

Palabras clave

paternidad, comunicación, afecto, relación padre-hijo, familias contemporâneas

Resumo

O objetivo principal deste artigo é realizar uma revisão teórica sobre a relevância que o tema da paternidade ocupa na família e a importância da comunicação afetiva dos pais com os seus filhos homens. Embora a investigação sobre parentalidade e envolvimento pais-filhos tenha aumentado, nas últimas décadas, ainda é escassa. A investigação dá destaque a um pai mais competente para se relacionar com os seus filhos e os processos comunicacionais se mostram emocionalmente mais afetivos, menos agressivos, mais empáticos e mais íntimos, o que promove filhos com melhores capacidades para o enfrentamento da pressão social imposta pelo lugar de género configurado pelas exigências do que significa ser-se homem. Porém, alguns resultados apontam para um pai emocionalmente pouco vinculado. Os resultados encontrados têm evidente impacto em termos sociais, clínicos, com implicações para a investigação futura na área do estudo da família em geral e da relação parento-filial em particular.

Resumen

El objetivo principal de este artículo es realizar una revisión teórica sobre la relevancia que el tema de la paternidad ocupa en la familia y la importancia de la comunicación afectiva entre padres e hijos varones. Aunque la investigación sobre la crianza y la participación de padres e hijos ha aumentado en las últimas décadas, todavía es escasa. La investigación destaca un padre más competente para relacionarse con sus hijos y los procesos de comunicación son emocionalmente más afectivos, menos agresivos, más empáticos y más íntimos, lo que promueve niños con mejores capacidades para afrontar la presión impuesto por el lugar del género configurado por las exigencias de lo que significa ser hombre. Sin embargo, algunos resultados apuntan a un padre sin parentesco emocional. Los resultados encontrados tienen un impacto evidente en términos sociales, clínicos, con implicaciones para futuras investigaciones en el área de estudio de la familia en general y de la relación padre-hijo en particular.

Keywords

fatherhood, communication, affection, parent-child relationship, contemporary families

Abstract

The main objective of this article is to conduct a theoretical review on the relevance that the theme of fatherhood occupies in the family and the importance of affective communication between parents and their male children. Although research on parenting and parent-child involvement has increased in recent decades, it is still scarce. The research highlights a father who is more competent for relationships, where communication processes are more emotionally affective, less aggressive, more empathic and more intimate, which promotes children with better skills to cope with social demands imposed by the place of gender configured by the demands of what it means to be a man. However, some results point to an emotionally unrelated parent. The findings have a clear social and clinical impact, with implications for future research in the field of family study in general and parent-child relationship in particular.

Desde a década de oitenta, a literatura tem revelado um forte interesse pelas questões relacionadas com a paternidade no núcleo familiar. Até então os estudiosos relegavam o papel do pai a um segundo plano, enfatizando a importância da relação mãe-filhos. O pai era retratado como sendo, essencialmente, um provedor, alguém que acautelava as necessidades primárias dos filhos e, muitas vezes, ausente no suporte afetivo (Pleck, 2012). Estudos mais recentes, que abordam o tema da parentalidade na família, têm-se interessado pelo papel do pai no desenvolvimento dos filhos (Ca-brera, Le Monda, Bradley, Hofferth, y Lamb, 2000, Howkins y Dollahite, 1997; Hofferth, 2003; Lamb y Levine, 1985, 2003; Lamb et al., 1985; Lewis y Lamb, 2003; Marsiglio et al. 2000; McGill, 2014; Morman y Floyd, 1999, 2001, 2002, 2003; Pleck, 1997, 2004, 2010, 2012; Pleck, Lamb y Levine, 1985, 2003).

A família é um dos contextos mais importantes para o desenvolvimento das crianças e adolescentes. Os padrões de interação estabelecidos entre os seus membros definem o seu funcionamento, repercutindo-se na dinâmica das relações que se estabelecem no seu curso de vida. Relacionar-se é comunicar, portanto a comunicação é a base para a tradução das relações afetivas no núcleo familiar, tornando-se o constructo central para compreender o exercício da parentalidade.

O presente artigo tem como principal objetivo realizar uma revisão teórica sobre a relevância que o tema da paternidade tem na família e os seus desdobramentos na relação e comunicação afetiva dos pais-filhos.

FAMÍLIA COMO SISTEMA, COMUNICAÇÃO E CONTEXTO

A perspectiva sistémica sublinha a importância da comunicação na família, cujos pressupostos - complexidade, instabilidade e intersubjetividade - são partes inerentes ao contexto e à dinâmica familiar. Esta abordagem sugere que o Homem e o seu contexto de pertença se influenciam mutuamente, fazendo-se necessária a ampliação do foco a ser observado, como por exemplo não olhar para a relação pai/filho sem incluir o contexto onde ela ocorre (Vasconcelos, 2002).

Estudar e observar a família, nesta moldura teórica, que representa “a estrutura que conecta” (Bateson, 1979), a família define-se como um sistema interpessoal auto-organizado, que se caracteriza pela interação e negociação entre os seus membros, através de dinâmicas comunicacionais (Portugal y Alberto, 2012).

Se cada família é definida como um sistema, uma totalidade, ela é naturalmente constituída por outras totalidades menores, os subsistemas. O subsistema parental, constituído habitualmente pelos pais, é responsável pelos cuidados, educação e proteção dos filhos, bem como pela provisão e nutrição dos mesmos. Intersecta-se com o subsistema conjugal e estes dois subsistemas influenciam-se mutuamente. O subsistema filial convive com o subsistema fraternal, também estes influenciam-do-se reciprocamente. A família constitui-se e estrutura-se na complexidade destas relações e “o modelo de relação é definido na e pela família, ou seja, a qualidade emergente de processos comunicacionais que a fazem nascer e se manter” é a sua estrutura (Relvas, 1996, p. 13).

Segundo Andolfi, cada família apresenta uma arquitetura temporal caracterizada por interseções de histórias individuais, experiências partilhadas e vínculos intergeracionais. O tempo familiar resulta do entrelaçamento que constitui um enredo de histórias partilhadas, mitos, rituais, tradições transmitidas pelas gerações anteriores ao longo da sua história (Andolfi, 1987). Olhar a família através do seu *ciclo vital*, do seu curso de vida, permite-nos pensar em diferentes grupos familiares como um sistema vivo em movimento, cujo desenvolvimento ocorre em estádios dentro de uma dimensão temporal, plurigeracional, de tempo presente e tempo passado, que está em constante processo de mudança, que integra o novo e o velho, o horizonte futuro com o vivido da experiência passada (Castilho, 2010).

Assumimos que não nos poderíamos referir ao conceito família sem pensar em famílias, tal a diversidade de arranjos familiares: como pensar a família no singular diante de um cenário tão plural? A multiplicidade de tipologias familiares coloca em causa a conceptualização de um único ciclo

vital adaptado à leitura de uma parte das famílias. Nesta perspectiva, as inter-relações dialógicas como produtoras de sentidos e definidoras dos lugares de cada um nas interlocuções características de cada família, cujos gestores são mitos, crenças e segredos familiares, atuam na constituição dos “enredos invisíveis” presentes nos processos comunicacionais que são transmitidos de geração para geração. O indivíduo, interiorizando percepções não expressas no sistema, mas obedecendo-lhes, desenvolve lealdades invisíveis que são transmitidas para gerações seguintes (Nagy y Spark, citado por Castilho, 2010). Estas lealdades dificultariam as expressões de afeto tão nutritivas para as relações de proximidade e intimidade entre e nos subsistemas, particularmente na comunicação entre pais e filhos.

AS FAMÍLIAS CONTEMPORÂNEAS: DA SUPREMACIA DA MATERNIDADE À ASCENSÃO DA PATERNIDADE

As mudanças culturais e sociais que ocorreram a partir da segunda metade do século XX trouxeram novas *nuanças* para os arranjos familiares, cuja diversidade se faz presente no contemporâneo: famílias hetero e homoafetivas, monoparentais, reconstituídas ou recasadas, adotivas. Essas diferentes constelações caracterizam-se por tratar-se de grupos unidos por laços de parentesco, con-sanguíneos ou não, trazendo novas perspectivas para a concepção do que é família, e as expectativas sobre a parentalidade, maternidade e paternidade.

Os papéis tradicionais da família conjugal nuclear sofreram mudanças significativas e, da mesma forma que as mulheres/mães tiveram que rever os seus papéis enquanto únicas responsáveis pelos cuidados e desenvolvimento dos filhos, em detrimento das suas vidas profissional e pessoal, os homens também foram convocados a se redefinirem no lugar de provedor que lhes foi social e tradicionalmente atribuído. Na mesma medida em que o orçamento doméstico passou a contar com os ganhos das mulheres, os homens também foram ocupando um lugar mais ativo e participativo na vida dos filhos (Morman y Floyd, 2002).

Os processos da comunicação que geram diferentes dinâmicas relacionais são centrais nos estudos da parentalidade. É através deles que se definem as relações e os processos de diferenciação no decorrer do ciclo vital familiar, cujas etapas, mais o sexo dos progenitores e filhos, definem-se como variáveis importantes para os estudos sobre o tema. A comunicação torna-se um constructo central para a compreensão do exercício da parentalidade (Portugal y Alberto, 2012).

Estudos recentes têm vindo a investigar as dinâmicas relacionais e comunicacionais que envolvem a paternidade (Morman y Floyd, 2003; Portugal y Alberto, 2012). Alguns investigadores enveredaram por caminhos inovadores de pesquisa, nomeadamente a relação e os processos comunicacionais do pai com os seus filhos homens (Morman y Floyd, 2002). Importa ressaltar que as investigações que se debruçam sobre o estudo do papel do pai são, ainda, reduzidas.

O interesse pelo tema do envolvimento paterno com as crianças e adolescentes começa a tomar corpo a partir da década de oitenta, com os estudos, principalmente, de Pleck, Lamb, Char-nov e Levine (1985), que propõem um constructo para o envolvimento paterno que inclui três categorias: participação, que contempla as interações diretas – cuidar, brincar e outras atividades; acessibilidade, ou seja, a disponibilidade para estar com a criança; *responsabilidade*, referida aqui como a certeza de que a criança é efetivamente cuidada, o que é diferente de providenciar cuidado. Tratou-se de uma nova abordagem para a paternidade, diferindo dos estudos anteriores cuja preocupação era observar sobretudo o tempo que os pais se comprometiam a passar com os filhos, sem a preocupação de analisar se existia realmente uma disponibilidade para tal ou se se responsabilizavam, já que, dependendo do contexto cultural, muitas mães se queixavam de que os pais apenas o faziam por solicitação delas (Levine, 1976).

Com a evolução das pesquisas novas categorias emergiram: a participação positiva, que incluía a frequência e o tipo de atividade, como brincar, ler, combinada com aspectos qualitativos como carinho e sensibilidade, e o *controle*, cuja categoria já estava estabelecida nos estudos sobre

parentalidade. Quanto à responsabilidade, incluía os cuidados materiais e sociais indiretos, além das atividades realizadas para e não com as crianças; e os *processos de responsabilização*, ou seja, os pais certificarem-se de que os itens acima estavam assegurados (Pleck, 1997, 2010).

Outras dimensões foram acrescentadas às investigações propostas por Lamb e Pleck (citado em Pleck, 2012) como facilitadoras para o envolvimento paterno: motivação associada às crenças do que é ser-se um bom pai; identidade paterna, operacionalizada pelas atitudes traduzidas como habilidades, autoconfiança e apoio (especialmente às mães), bem como na gestão dos obstáculos referentes à vida profissional; influência materna, associada ao comportamento da mãe na sua relação com o envolvimento paterno.

Quanto à identidade paterna, pesquisas quantitativas (e.g., Maurer, 2001) sugerem a importância da distinção entre identidade paterna num nível mais abrangente, como quão importante é ser um bom pai, de outros mais específicos de paternidade, como quão importante é ser-se um bom cuidador, ter uma relação de proximidade afetiva com os filhos, ser um bom provedor. O conceito de identidade paterna é compreendido como a percepção que o pai tem de si, diferente das suas atitudes que, por sua vez, tem mais a ver com as crenças do que ele deve fazer ou do que ele realmente faz. A associação da identidade paterna ao comportamento é complexa. Maurer e colaboradores (2001, citados em Pleck, 2012), constataram que identidade paterna e o envolvimento com os filhos estão mais associados a domínios da paternidade congruentes com o género – provedor – do que a identidade como cuidador. Segundo estes resultados, o comportamento como pai cuidador está mais dirigido às percepções de como o pai se pensa percebido pelo outro, no caso a mãe, do que na sua própria identidade como cuidador. Presume-se daí que as identidades paternas seriam mais coparentais do que monoparentais (Stueve y Pleck, 2001). A identidade coparental, responsável por organizar e planear a vida dos filhos, está associada pelo pai e pela mãe como relevante para a execução das tarefas da parentalidade, com a assunção de que um maior envolvimento paterno beneficia não só os filhos, mas também as mães (Pleck y Masciadrelli, 2004). Os estudos nessa área têm-se demonstrado mais rigorosos, considerando o uso de dados sobre o envolvimento paterno e os resultados na vida das crianças, a realização de análises longitudinais e o fator envolvimento materno, já que o envolvimento do pai e da mãe parecem estar moderadamente correlacionados (Pleck y Hofert, 2008).

A investigação sobre a paternidade das últimas décadas contribuiu para que a maternidade deixe de ser assumida como sinónimo de parentalidade, e para o avanço das investigações sobre o conceito de envolvimento paterno, ampliando a compreensão da maternidade e da paternidade numa real perspectiva de inclusão de género. Neste sentido, com o aumento do interesse pela díade pai-filho, as pesquisas debruçaram-se sobre temas como os que envolvem o afeto na comunicação pai-filho, incluindo o pai, o ciclo vital, género, empatia, sensibilidade e intrusão, masculinidade e tensão de género, paternidade e trabalho, a nova paternidade e a expressão do afeto, comunicação afetiva, proximidade e envolvimento paterno, homens maternos, transmissão e reprodução de padrões de género, envolvimento paterno na perspectiva intergeracional, diferenças e semelhanças interculturais na relação pai-filho (Ahbourne, 2011; Beaton y Doherty, 2007; Bernadett-Shapiro, Ersenhalt, y Shapiro, 1996; Cabrera, et al., 2000; Doucet, 2016; Floyd, Sargent, y Di Corcia, 2004; Hallers-E, Endendijk, et al, 2014; Hawkins y Dollahite; Jessee y Kari Adamsons, 2018; Johnson Rich Keene, 2016; Lamb y Lewis, 2010, 2011; Kalmijijn, 2015; Kruse, 2017; Marsiglio, Amato y Lamb, 2010; McGill, 2014; Maskalan, 2015, 2016; Mooney, Brannen, Wigfall y Parutis, 2013; Morman y Floyd, 2002; Portugal y Alberto, 2013; Levant, 2018).

Morman e Floyd (2002) discutiram a natureza das mudanças nas expectativas sociais para a paternidade e seus efeitos nos pais americanos, nomeadamente o facto de os pais se distanciarem da imagem do pai tradicional, visto como mais autoritário e emocionalmente distante, em direção a um pai mais envolvido, nutridor. Enfatizaram os seus efeitos positivos na qualidade das relações dos homens com os seus pais e com os seus próprios filhos e refletiram sobre a manifestação das mudanças na construção social da paternidade, na comunicação da díade pai-filho, expressando as di-

fe-renças geracionais e os níveis de satisfação. O estudo realizado com 139 díades pais-filhos (Morman y Floyd, 2002) revelou, através dos relatos dos pais e dos filhos, que os homens se sentiam mais próximos, satisfeitos, e expressaram mais afeto na comunicação verbal e não verbal com os seus filhos comparativamente ao que viveram com seus próprios pais. Os pais revelaram sentimentos de maior proximidade e mais comunicação afetiva com os seus filhos do que estes em relação a eles. Os filhos descreviam-se como sentindo-se mais próximos, satisfeitos e afetivos com os seus pais do que estes o foram com os seus próprios pais. As hipóteses deste estudo foram testadas analisando as categorias proximidade, satisfação e comunicação afetiva verbal, não verbal e de suporte (apoio nas atividades). Esta pesquisa ressaltou que embora a experiência da relação pai-filho seja socialmente significativa, ela apresenta-se emocionalmente contida, competitiva e agressiva, devido, em parte, às expectativas contextuais que envolvem o comportamento masculino e que atuam sobre a família. Entretanto, estas prescrições sofreram mudanças de acordo com as transformações socio-culturais. De facto, as pesquisas dos últimos anos sobre o tema têm apontado para uma nova paternidade, oscilando entre um pai distante emocionalmente e autoritário para um pai envolvido emocionalmente e nutridor.

Os resultados acima apresentados demonstraram uma mudança geracional na relação pai-filho para um pai mais nutridor que, segundo os autores, é consistente com a posição de Griswold (1997), no que se refere às expectativas na última década do século XX, na América do Norte, de uma paternidade com um pai mais envolvido e nutridor – o que não quer dizer, e não foi o objetivo da investigação, que as relações pais e filho também pudessem apresentar características negativas.

Pressupõe-se que o aumento dos níveis das variáveis descritas poderia indicar uma diminuição dos aspectos negativos. Portanto, seria mais indicado pensar que as características negativas ou positivas na relação pai-filho sofrem também influências pessoais e sociais. Apesar dos pais e dos filhos relatarem entre eles proximidade na relação e na comunicação verbal, não verbal e de suporte afetivo em todos os conjuntos de variáveis (Floyd y Morman 2000), surpreende que a variável satisfação, quando isolada das outras, apresente níveis diferentes nos resultados. A satisfação como preditor poderia estar relacionada com outros fatores: para os pais, como estes percebem os filhos nas atividades ligadas à escolaridade e obediência, e para os filhos, como estes percebem os pais como o pai provedor e controlador de seus níveis de liberdade. São questões empíricas que sugerem estudos posteriores.

O estudo de Morman e Floyd (2002) é pertinente na medida em que sinaliza as mudanças nas expectativas da paternidade em relação ao passado e evidencia a sua importância na observação da comunicação pai-filho. Também ressalta a importância de observar os padrões de comunicação na família no contexto social mais amplo, já que a família, considerada como um sistema social, é continuamente influenciada por circunstâncias políticas, económicas e históricas, além dos aspectos geracionais presentes na comunicação dos pais com seus filhos. Concluindo, o estudo se restringiu a pais biológicos, apontando para a necessidade de se investigar a comunicação de pais não biológicos (e.g., divorciados e adotivos).

Noutra investigação, Floyd e Morman (2003) testaram hipóteses sobre afetividade na relação pai-filho. Os resultados indicam uma forte correlação entre expressão da afetividade na comunicação e envolvimento positivo na relação dos pais com seu (s) filho (s). Porém, são reduzidas as investigações sobre a comunicação afetiva do pai com seu (s) filho (s) pequenos do sexo masculino, e menos ainda com os adolescentes e jovens adultos. As evidências apontam para o facto de os pais serem mais permissivos com seus filhos pequenos do que com os adolescentes, e sugerem que as imposições socioculturais sobre a afetividade entre os homens afetam os padrões de comunicação quando os filhos atingem a adolescência e perduram até se tornarem adultos.

Das análises de Floyd e Morman (2003) emergiram três conclusões importantes: tanto os pais como os seus filhos valorizam a expressão do afeto na relação. Resultados obtidos em dois estudos anteriores (Floyd y Morman, 2000; Morman y Floyd, 1999), mostraram que a comunicação afetiva está fortemente associada a sentimentos dos pais e dos filhos ao nível da proximidade entre eles e

da satisfação com a relação e a comunicação. Os autores referenciam o estudo de Salt (1991) que sugere que o toque afetivo é muito importante para ambos, mas mais importante para os pais. A segunda conclusão diz respeito ao facto de os pais se sentirem mais afeiçoados aos seus filhos do que os seus pais o foram a eles (Floyd y Morman, 2000). Supõe-se que esta diferença reflita a cultura da paternidade em mudança (Daly, 1995; La Rossa, 1998), isto é, o modo como a paternidade está a ser concebida e as expectativas significativas em relação ao envolvimento paterno: um pai mais nutridor, mais afetuoso e mais envolvido com o crescimento dos filhos (Backett, 1987; Lamb, 1986; Marsiglio, 1995, Pleck, 1987). Uma terceira conclusão indica que a expressão do afeto na comunicação através de atividades de suporte, mais do que de expressões verbais do tipo “eu amo-te”, ou gestos não verbais (Park y Floyd, 1996), poderia ser justificada pelas prescrições sobre a afetividade para os homens e entre eles.

Dentro do tema da comunicação afetiva na relação dos homens com os seus pais, Floyd e co-laboradores (2004) chegaram a quatro preditores: homens heterossexuais recebem mais afeto dos seus próprios pais que os homo e bissexuais; os pais comunicam afetivamente com seus filhos mais através de atividades de suporte do que através de comunicação verbal e não verbal; a comunicação afetiva entre pais e filhos está diretamente correlacionada com a proximidade e o envolvimento in-terpessoal; a percepção ou consciência dos pais da orientação sexual dos seus filhos está associada à quantidade de afeto.

A comunicação do afeto na relação parento-filial inclui a empatia como uma dimensão afetiva (Portugal y Alberto, 2012). Bernadett-Shapiro e colaboradores (1996) estudaram o envolvimento da diade pai-filho na infância e o desenvolvimento da empatia nos filhos. Investigaram 47 meninos, de 6 a 8 anos, e os seus pais biológicos de diferentes origens, através das teorias (a) relação de objeto (envolvimento paterno como fator primário no desenvolvimento da empatia) e (b) aprendizagem social (que reflete a natureza da empatia dos pais). Os resultados demonstraram que os níveis de empatia dos filhos parecem estar relacionados de forma positiva com o envolvimento dos pais nos cuidados com os seus filhos pequenos, independente dos seus próprios níveis de empatia. Suportam-se, assim, as evidências, cada vez mais crescentes, sobre a influência que o envolvimento paterno exerce nos cuidados e na participação ativa na vida do filho e no seu desenvolvimento psicológico.

O papel da tensão de género reflete-se na paternidade e na família contemporânea. Um estudo transcultural sobre a tensão provocada pelas prescrições sobre a masculinidade em diferentes contextos (Silverstein, Auerbach, y Levant, 2002) analisou três grupos de homens: haitianos americanos, o grupo evangélico Promise Keepers e pais homossexuais. Esta investigação fez referência ao quanto os homens, em geral, estão reconstruindo a paternidade e a masculinidade e a importância desta questão para uma atuação mais consistente no tratamento dos homens. Como são tradicionalmente definidos como provedores, os pais heterossexuais relataram que esta definição de paternidade gerou neles um envolvimento excessivo no trabalho fora de casa, o que os faz ficarem fisicamente ausentes da família e dos filhos e mesmo quando presentes continuam muito preocupados com o trabalho. Reportaram que, pelo facto de as suas mulheres também trabalharem fora de casa e contribuírem para o orçamento, não se sentiam mais valorizados como únicos provedores e, ao mesmo tempo, sentiam-se menos satisfeitos e isolados emocionalmente da família e dos filhos. Referiram-se ao sentimento de isolamento como doloroso, pois muitos lembraram que eram pouco comunicativos com os seus próprios pais, e mostraram-se particularmente sensibilizados com a possibilidade dos seus filhos sentirem o mesmo. Alguns homens referiram a tarefa de cuidar dos filhos como “coisas de mulheres”. Os pais homossexuais percebem-se como sendo mais competentes nas relações afetivas por estarem em famílias não tradicionais que as famílias tradicionais, referindo-se ao sexo biológico e “referiram que a homofobia internalizada culturalmente vaticina que ser-se homossexual e ser pai são mutuamente exclusivos” (Silverstein et al., 2002, p. 368).

Numa análise longitudinal, sobre o envolvimento do pai e a qualidade de relacionamento com o filho numa perspectiva intergeracional, estudaram-se 2970 famílias norte americanas (Jessee y Adamsons, 2018). Foram avaliadas associações entre o relacionamento dos pais com seus próprios

pais (os avós) durante a infância e o envolvimento dos pais com os seus filhos de um ano de idade e depois aos nove anos. Os caminhos do envolvimento do pai com os seus pais (os avós) durante a infância e as relações deste com os seus filhos, na idade de um ano e nove anos, foram fortemente mediados pelo envolvimento do pai com seu próprio pai na idade de um ano. O envolvimento do filho com os seus pais durante a infância esteve positivamente associado à relação positiva dele com o seu filho na infância. Este estudo é de grande relevância clínica, no sentido de assegurar a importância de um envolvimento ativo e positivo do comportamento do pai com o seu filho e promover relacionamentos positivos com eles na sua e nas próximas gerações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a produção científica sobre parentalidade e envolvimento dos pais com os seus filhos tenha aumentado nas últimas décadas, é ainda escassa em comparação com o grande número de estudos que se concentram no envolvimento das mães

Historicamente a comunicação da díade pai-filho tem sido pouco estudada nas dinâmicas familiares, e alguns estudos indicam que pais mais envolvidos com a vida dos seus filhos ajudam a desenvolver jovens menos agressivos, menos competitivos e emocionalmente expressivos e empáticos (Brody, 1996), além de mais carinhosos e com maiores habilidades para resolução de conflitos e para partilhar a intimidade, bem como, mais tranquilos na forma como se lida com as expectativas de género, no que toca à masculinidade tradicional (Pollack, 1998). Outros estudos assinalam resultados positivos para pais que exercem um papel ativo no desenvolvimento de seus filhos homens, bem como na comunicação da afetividade (Morman y Floyd, 1999), promovendo mais satisfação relacional e intimidade.

Portanto, o corpo de investigação voltado para uma paternidade mais ativa e mais envolvida tem demonstrado efeitos positivos, contrastando com estudos que relatavam a relação do pai com os filhos como fonte de conflitos, competição e falta de entendimento, onde os homens muitas vezes eram descritos como “pais desqualificados” e não devidamente vinculados (Hawkins y Dollahite, 1997), que não são identificados pelos filhos como confiáveis para partilhar seus sentimentos.

Como um dos fatores que corroboram para este cenário, a fragilidade da conexão emocional dos pais com os seus filhos homens poderia estar vinculada às expectativas do papel de género masculino que exigiria dos homens uma restrição na expressão de sentimentos. As exigências do lugar de género masculino estariam presentes na comunicação pai-filho, o que geraria maiores dificuldades na relação com o adolescente e jovem adulto. O desafio à autoridade paterna comum nesta fase, muitas vezes percebida como ameaçadora, poderia gerar respostas defensivas por parte do filho. Estas respostas poderiam ser reveladoras da vulnerabilidade do pai que “apelaria” para o pai-drão inerente ao lugar de género masculino, gerando respostas de controle, competição e crítica. No decurso do desenvolvimento do filho, este padrão de comunicação, onde o pai se “esconderia” no lugar da dominação e da autoridade, poderia gerar um filho raivoso, distante e ressentido (Kindlon y Thompson, 1999; Pollack, 1998). Investigações, que surgiram na segunda metade do século XX, assinalavam uma comunicação mais agressiva, competitiva, de pouca proximidade entre o pai e seu filho, indicando que, em situações de conflito, o pai facilmente recorria a estratégias e/ou padrões de comunicação típicos do masculino, que acabavam por moldar nos seus filhos o recurso a esses padrões.

A revisão teórica deste artigo aborda mudanças nestas características da paternidade, dando destaque a um pai mais competente para as relações onde os processos comunicacionais se mostram emocionalmente mais afetivos, menos agressivos, mais empáticos e íntimos, promovendo filhos com melhores habilidades para o enfrentamento das exigências sociais impostas pelo lugar de género configurado pelas exigências do que significa ser-se homem. Porém, alguns resultados da investigação científica ainda apontam para um pai emocionalmente pouco vinculado, que comunica o seu desapontamento com o comportamento do filho quando este não atende às suas expectativas,

particularmente aquelas que contemplam as exigências de gênero.

São de grande contribuição os estudos de Floyd e Morman, precursores na elaboração de escalas para medir os níveis de afetividade na comunicação pai-filhos e filho homem. Os estudos destes autores, a partir da *Affection Exchanged Theory*, focaram a comunicação pais e filhos, na complexidade da importância da comunicação afetiva (Morman y Foyd, 2002, 2004).

Os efeitos culturais na paternidade também foram tema dos estudos acima referenciados, tendo testado hipóteses sobre os efeitos da comunicação da afetividade entre pais e filhos homens e a sua influência na orientação sexual do jovem adulto.

Outros estudos foram relacionados com as diferentes percepções da comunicação da afetividade do pai em relação a seus filhos, a seus próprios pais e as percepções dos filhos da comunicação da afetividade com os pais, no que concerne à proximidade, intimidade, expressão verbal e não verbal do afeto.

Um pai “esquecido” e cristalizado, naturalizado no papel de provedor, descrito como ausente afetivo, não promovia proximidade e intimidade com os filhos, e enfrentava dificuldades de expressar afeto na comunicação verbal e não verbal, de tocar amorosamente o filho. Procurar um novo lugar na família, numa comunicação afetiva livre de preconceitos, promove filhos jovens adultos mais livres para expressar a afetividade com os seus próprios filhos.

O interesse deste artigo, ao apresentar uma revisão do estado da arte subordinada ao tema da comunicação da afetividade na relação dos pais com os seus filhos homens, levanta questões que atuam sobre esta comunicação sob o espectro dos significados contextuais e culturais das expectativas impostas pelo gênero masculino, o que leva à repetição de padrões transmitidos geracionalmente. Os padrões de comunicação afetiva vividos com seus próprios pais acabam por se repetir e estes, por sua vez, os reproduziriam em detrimento da constituição de uma memória afetiva pouco externalizada pelos homens. A importância da transmissão geracional dos padrões de comunicação na família indica a necessidade de mais estudos nesta perspectiva.

Sugere-se para estudos futuros, a inclusão do papel das mães nas investigações sobre o envolvimento paterno, do ponto de vista do balanceamento de poder na conjugalidade, já que o tradicional lugar da mãe como cuidadora passa a ser compartilhado e, quase se pode dizer, “degenerado”, isto é, menos marcado pelas expectativas de gênero

Outras pesquisas, não mencionadas neste artigo, se fazem presentes e apontam para investigações futuras, como a relação do pai com o seu filho adotivo e com o seu filho não residente, dado o grande número de separações e divórcios e de adoções. E também estudos que contemplem as diferenças na relação do pai com mais de um filho homem, que poderiam decorrer de nascimentos em momentos diferentes do curso de vida do casal. As investigações parecem não ter estudado devidamente o quanto as histórias, as culturas e o lugar do filho na fratria pode ser importante na construção do afeto.

A terapia familiar e de casal vem apontando para as mudanças nas famílias e nas parentalidades decorrentes das transformações sociais que atravessaram as questões de gênero, ligada às posições do homem e da mulher na família e no casal e seus efeitos na parentalidade. A investigação no campo científico volta-se cada vez mais para um cenário onde os homens também cuidam dos filhos e o empoderamento feminino surge no paralelo ao declínio do poder dos homens. Esta leitura sugere efeitos na conjugalidade. Alguns estudos sugerem efetivamente a necessidade de que se realizem mais investigações sobre esses temas (Maskalan, 2015, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahbourne, L. M., Daly, K. J., y Brown, J. L. (2011). Responsiveness in Father-Child Relationships: The Experience of Fathers. *Fathering: A Journal of Theory Research and Practice about Men as Fathers*, 9(1), 69-86.

- Andolfi, M., y Angelo, C. (1987). *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*. Turim: Bollati Boringhieri.
- Andolfi, M. (1984). *Por Trás da Máscara Familiar: Um novo enfoque em terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas. Andolfi, 2003,
- Andolfi, M. (2018). *A terapia familiar multigeracional. Instrumentos e recursos do terapeuta* (pp. 33-35; pp. 37-45). Belo Horizonte: Artesã Editora.
- Backett, K. (1987). The negotiation of fatherhood. En C. Lewis, y M. O'Brien (Eds.). *Reassessing fatherhood: New observations on fathers and the modern family* (pp.74-90). London: Sage.
- Bateson, G. (1979). *Mente e Natureza: A Unidade Necessária*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.
- Beaton, J., y Doherty, W. (2007). Fathers' family of origin relationships and attitudes about father involvement from pregnancy through First year postpartum. *Fathering: A Journal of Theory Research and Practice about Men as Fathers*, 5(3), 236-245.
- Bernadett-Shapiro, S., Ersenhalft, D., y Shapiro, J. L. (1996). *Father participation in childcare and the development of empathy in sons: An empirical study*. *Family Therapy*, 23(2), 77-93.
- Brody, G. H., y Flor, D. L. (1996). Coparenting, family interactions, and competence among African American youths. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 74, 77-91.
- Cabrera, N. J., Tamis-Le Monda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., y Lamb, M. E., (2000). Fatherhood in the twenty-first-century. *Child Development*, 71(1) 127-136.
- Castilho, M.L. (2010). *Migração, História e Transmissão: uma família que se conta* (dissertação de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Daly, K. (1995). Reshaping Fatherhood: Finding the models. In W. Marsiglio (Ed.), *Fatherhood: Contemporary theory, research and social policy*, 21-40. Newbury Park, CA: Sage
- Doucet, A. (2016). Is the stay-at-home dad (SAHD) a feminist concept? A genealogical, relational, and feminist critique. *Sex Roles*, 75(4), 4-14.
- Endendijk, J. J., Groeneveld, M. G., Van der Pol, L. D., Van Berkel, S. R., Hallers-Haalboom, E. T., Mesman, J., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2014). Boys Don't Play with Dolls: Mothers' and Fathers' Gender Talk during Picture Book Reading. *Parenting*, 14(3-4), 141-161.
- Floyd, K., y Morman, M., T. (2004). Affection received from fathers as a predictor of men's affection with their own sons: Tests of the modeling and compensation hypotheses. *Communication Monographs*, 67(4), 347-361.
- Floyd, K., Sargent, J. E., y Di Corcia, M. (2004). Human Affection Exchange: VI. Further Tests of Reproductive Probability as a Predictor of Men's Affection with Their Adult Sons. *Journal of Social Psychology*, 144(2), 191-206.
- Floyd, K., y Morman, M. T. (2003). Human Affection Exchange: II. Affectionate Communication in Father-Son Relationships. *Journal of Social Psychology*, 143(5), 599-612
- Griswold, R. L. (1997). Generative fathering: a historical perspective. En A. J. Hawkins y D. C. Dollahite Eds), *Generative Fathering: Beyond deficit perspectives* (pp.71-86) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hawkins, A. J., y Dollahite, D. C. (1997). *Generative Fathering: Beyond deficit perspectives*. Thousand Oaks, CA; Sage
- Hofferth, S. (2003). Race/ethnic differences in father involvement in two parents families: Cultures, context or economy? *Journal of Family Issues*, 24, 185-216.
- Jessee, V., y Adamsons, K. (2018). Father involvement and father-child relationship quality: An intergenerational perspective. *Parenting: Science and Practice*, 18(1), 28-44.
- Johnson, W., Rich, L., y Keen, L. (2016). Father-son communication: An intervention strategy for boys and men of color to promote neighborhood safety post-Ferguson. *Journal of Men's Studies*, 24(2), 151-165.
- Kalmijn, M. (2015). How childhood circumstances moderate the long-term impact of divorce on father-child relationships. *Journal of Marriage and Family*, 77(4), 921-938.

- Kindlon, D., y Thompson, M. (1999). *Raising Cain: Protecting the emotional life of boys*. New York: Ballantine.
- LaRossa, R. (1988). Fatherhood and social change, *Family Relations*, 37, 451-457.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., y Levine, J. A., (1985). Paternal behavior in humans. *Integrative and Comparative Biology*, 25(3), 883-894.
- Lamb, M. E., y Lewis, C. (2010). The development and significance of father-child relationships in two-parent families. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 94-153). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc.
- Lamb, M. E., y Lewis, C. (2011). The role of parent-child relationships in child development. In M. H. Bornstein y M. E. Lamb (Eds.), *Developmental Science: An Advanced Textbook* (6th ed., pp. 469-517). New York: Taylor and Francis.
- Lamb, M. E. (Ed.) (2010). *The role of the father in child development* (5th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lamb, M. E. (Ed.) (1986). *The father's role: Applied perspectives*. New York: Wiley.
- Levant, R. F. (2018). Not my father's son. *Journal of Men's Studies*, 26, Issue 2, 127-142
- Levine, J. A. (1976). *Who will raise the children? New options for fathers (and mothers)*. New York: Batam books.
- Lewis, C., y Lamb, (2003). Father's influences on children's development> the evidence from two-parent families. *European Journal of Psychology of Education*, 18, 211-228.
- Marsiglio, W., Amato, P., Day, R. D., y Lamb, M. E. (2000). Scholarship on fatherhood in the 1990s and beyond. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1173-1191.
- Marsiglio, W. (Ed.) (1995). *Fatherhood: Contemporary theory, research, and social policy*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Marsiglio, W, Day, R. D., y Lamb, M. E. (2000) Exploring fatherhood diversity. *Marriage and Family Review*, 29(4), 269-293
- Maskalan, A. (2015, 2016). In the Name of the Father: A Discussion on (New) Fatherhood, Ots Assumptions and Ostacles. *Rev. soc. Polit, god.* 23, br. 3, str :383-398, Zagreb, 2016)
- Maurear, T. W., Pleck, J. H., y Rane, T. R. (2001). Parental Identity and Reflected-Appraisals: Measurement and Gender Dynamics. *Journal of Family and Marriage*, 63(2), 309-321.
- McGill, B.S. (2014). Navigating news norms of involved fatherhood: Employment, fathering attitudes, and father involvement. *Journal of Family Issues*, 35(8), 1-18.
- Mooney, A., Brannen, J., Wigfall, V., y Perutis, V. (2013). The impact of employment on father-hood across family generations in white British, Polish and Irish origin families. *Community, Work and Family*, 16(4), 372-389.
- Morman, M., y Floyd, K. (2002). A "changing culture of fatherhood": Effects on affectionate communication, closeness, and satisfaction in men's relationships with their fathers and sons. *Western Journal of Communication*, 66(4), 395-411.
- Morman, M.T., y Floyd. (1999). Affectionate communication between fathers and young adult son: individual- and relational- level correlates. *Communications Studies*, 50, 294-309.
- Pleck, J. H. y Hoffert, S. (2008). Mother involvement as an influence on father involvement with early adolescents. *Fathering*, 6, 267-286.
- Pleck, J. H., y Masciadrelli, B. P. (2004). Paternal Involvement by U.S. Residential Fathers: Levels, Sources, and Consequences. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 222-271). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc.
- Pleck, J. H. (1987). Dual-career families: A comment. *The Counseling Psychologist*, 15, 131-133.
- Pleck, J.H. (1997). Paternal involvement: Levels, sources, and consequences. In M.E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3rd ed., pp. 66-103). New York, NY: Wiley.
- Pleck, J. H. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualization and theoretical linkages with child outcomes. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (5th ed., pp. 58-93). Hoboken NJ: Wiley.

- Pleck, J. H. (2012). Integrating Father Involvement in Parenting Research. *Parenting: Science and Practice*, 12(2-3), 243-253.
- Pleck, J. H., Lamb, M. E., y Levine, J. A. (1985). Facilitating future change in men's family role. *Marriage and Family Review*, 9 (3-4), 11-16.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., y Levine, J. A., (1985). Paternal behavior in humans. *Integrative and Comparative Biology*, 25(3), 883-894.
- Pollack, W. (1998). *Real boys*. New York, NY: Henry Holt and Company.
- Portugal, A., y Alberto, M. I. (2013). A comunicação parento-filial: Estudo das dimensões comunicacionais realçadas por progenitores e por filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 479-487.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Afrontamento
- Salt, R.E. (1991). Affectionate touch between fathers and preadolescent sons. *Journal of Marriage and Family*, 545-554
- Silverstein, L.B., Auerbach C. F., y Levant, R. F. (2002). Contemporary fathers reconstructing masculinity: Clinical implications of gender role strain. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(4), 361-369.
- Stueve, J., y Pleck. J.H. (2001). Parenting voices: Solo parent identity and co-parents identities in married parents narratives o meaningful experiences. *Journal of Social and Personal Relationship*, 18, 691-708
- Vasconcelos, M. J. E. (2005). *Pensamento Sistémico: Novo Paradigma da Ciência*. (4ª ed.). Campinas, SP: Papirus Ed

Terapia Multifamiliar Intensiva en Salud Pública: Aplicación de un dispositivo (EMIT) en Trastornos del Uso de Sustancias

Intensive Multifamily Therapy in Public Health: Application of a device (EMIT) in Substance Use Disorders

Facundo Cocola^a

^aEspacio de Prácticas Itinerantes en Estudios Sistémicos (Espacio PIES). Plan Provincial de Adicciones, Ministerio de Salud de Mendoza, Argentina. facundococola@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 04-09-2020

Primera revisión: 31-10-2020

Aceptado: 30-11-2020

Palabras clave

terapia multifamiliar sistémica; trastornos del uso de sustancias; salud pública

Keywords

systemic multifamily therapy; substance use disorders; public health

Resumen

Se describe un dispositivo terapéutico (EMIT), que consiste en un encuentro multifamiliar, intensivo y transdiagnóstico, mediante el cual se trabaja durante dos días consecutivos con un gran número de familias que presentan uno o más miembros con Trastornos del Uso de Sustancias. Con el propósito de optimizar la presencia de las familias en las instituciones, como así también cuidar y efectivizar el recurso humano disponible, el dispositivo incluye intervenciones *bottom-up* de alto impacto terapéutico, basadas en la integración de la terapia familiar sistémica, teoría del apego, regulación emocional y la resiliencia ecológica. Su aplicación está pensada para contextos de gran vulnerabilidad social, y ha sido especialmente diseñado para instituciones estatales-públicas que atiendan esta problemática, aunque su instrumentación no se restringe a ese contexto. Los encuentros se llevan a cabo mediante prácticas colaborativas, apoyadas en guiones terapéuticos pre-configurados, y las actividades se encuentran divididas por tres rituales y cuatro técnicas cada día. Durante el primer día, el foco de trabajo se sitúa en el desbloqueo emocional y disminución de la inercia relacional disfuncional. El segundo día se estimula el desarrollo de recursos familiares saludables. Se exponen los resultados obtenidos y futuros campos de aplicación.

Abstract

A therapeutic device (EMIT) is described, which consists of a multi-family, intensive and transdiagnosis meeting, through which a large number of families with one or more members with Substance Use Disorders are worked for two consecutive days. With the purpose of optimizing the presence of families in institutions, as well as caring for and making available human resources, the device includes bottom-up interventions of high therapeutic impact, based on the integration of systemic family therapy, attachment theory, emotional regulation and ecological resilience. Its application is designed for contexts of great social vulnerability, and has been specially designed for state-public institutions that address this problem, although its implementation is not restricted to that context. The meetings are carried out through collaborative practices, supported by pre-configured therapeutic scripts, and the activities are divided by three rituals and four techniques each day. On the first day, the work focus is on the emotional unblocking and reduction of dysfunctional relational inertia. The second day encourages the development of healthy family resources. The results obtained and future fields of application are exposed.

“Tanto se les pide a los padres, y tan poco se les da” escribía Virginia Satir (1988, p. 216), en una clara alusión al contraste entre las exigencias sociales hacia la parentalidad, y el escaso apoyo que se le brinda a quienes deben ejercerla. La frase, aunque en menor medida, hoy continúa vigente, e inclusive puede extrapolarse a grupos específicos en el campo de la salud mental, tal como es el caso de las familias que presentan uno o más miembros con Trastornos por el Uso de Sustancias (TUS) (American Psychiatric Association [APA], 2013); o algún trastorno adictivo en general.

Es frecuente ver a estas familias exigidas con cierta alevosía por los profesionales de la salud, y criticadas por gran parte de la sociedad. Son familias que han quedado relegadas de las teorizaciones y programas de tratamiento cuando se las compara con otros cuadros clínicos (Cócola, 2018). En la práctica cotidiana, la balanza aparece desequilibrada entre la crítica y el apoyo ofrecido, incliniéndose ampliamente a favor de la primera opción.

Este fenómeno se da inclusive en los propios trabajadores de la salud mental. Tal como menciona Linares (1997), un amplio sector de la psiquiatría y la psicología prefirió atender a pacientes con una carta de presentación más bien sumisa, y autoculpabilizadora, como son los pacientes depresivos, en lugar de ofrecerse con el mismo entusiasmo a personas con un estilo desafiante, como suele darse en los trastornos adictivos.

Así, estas familias han pasado a ser quizás de las más incomprendidas. Esto ha generado que sean, explícita o implícitamente, excluidas del sistema de salud en general, y que ocupen un lugar periférico en la salud mental. Sin ir más lejos, en la actualidad la denominación del departamento máximo de salud mental en Argentina es: “Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones” (Ministerio de Salud, Argentina), nombre deja en evidencia la disociación mencionada.

Una buena parte de los trabajadores del sistema de salud se dirigen a estos pacientes de forma distante, defensiva o normativa, y en un estado de alerta permanente por las posibles manipulaciones de los cuales puedan ser víctimas; socialmente esa es la representación que impera sobre estas personas. Quienes asisten a los pacientes de esta manera, no caen en la cuenta de que ese proceder confirma la desconfianza relacional que suele estar a la base del problema de consumo (Khantzian, 1997, Flores, 2001, 2004; Padykula y Conklin, 2010). Esto colabora en que estas personas continúen deambulando por fuera del sistema de salud, y sean alcanzadas en primera instancia por instituciones de control, en lugar de arribar a servicios terapéuticos.

Puntualmente en salud pública, al menos en Argentina, los centros de atención para personas que presentan TUS suelen funcionar de manera disociada: por un lado, trabajando con los pacientes, y por otro atendiendo a las familias, salvo honrosas excepciones. Aún cuando el encuentro entre ambas partes se da, este oscila entre indicaciones hacia los padres sea para que pongan límites firmes o para que no sean invasivos, e indicaciones hacia los hijos para que acepten las normas impuestas por los padres, y para que se despeguen de su familia de origen. La temática redundante en eso, sin considerar la complejidad de factores que participan en el desarrollo y sostenimiento de la problemática, y mucho menos el sufrimiento familiar (incluyendo al paciente identificado) que implica atravesar una situación así.

En base a lo mencionado, una de las motivaciones de la realización del presente trabajo es la de reparar algo de la desconsideración sufrida por estas personas. Para ello, se ofrece una modalidad terapéutica grupal, en la cual se procede de un modo sumamente cálido y empático con cada miembro del sistema, pero no por ello resulta menos potente ni más ingenuo que el tradicional abordaje confrontativo en adicciones.

Así, en las páginas siguientes, se describirá un dispositivo terapéutico (EMIT) que consiste en un encuentro multifamiliar, intensivo y transdiagnóstico, mediante el cual se trabaja durante dos días consecutivos, con un gran número de familias que presentan uno o más miembros con Trastornos del Uso de Sustancias. Ha sido pensado para contextos de gran vulnerabilidad social, y especialmente diseñado para instituciones estatales-públicas que atiendan esta problemática. El trabajo que se lleva

a cabo posee una dirección bottom-up (iniciando por la contención emocional, para luego pasar a aspectos racionales) e incluye actividades de alto impacto terapéutico, favorecidas por rituales que potencian las intervenciones que se dan en ellas. Dichas intervenciones, están basadas en la integración de la terapia familiar sistémica, la teoría del apego, la regulación emocional y la resiliencia ecológica.

El clima de trabajo en el cual se desarrolla la tarea busca ser agradable, colaborativo, y transmitir sensaciones de bienestar y unión. De esta manera, pretende aprovechar al máximo el paso de las personas por los servicios de salud, establecer una relación terapéutica segura entre la institución y la familia, como así también favorecer la adherencia al tratamiento de todos los implicados y, a la vez, optimizar y cuidar el recurso humano disponible.

Otro punto a mencionar, es que el primer axioma de la comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) ha sido considerado al máximo, en pos de la consecución de los objetivos que se plantea cada actividad. Para esto, el uso del cuerpo, el tiempo, el espacio y el ambiente, son aspectos que han sido tenidos seriamente en cuenta, para ser utilizados de manera intencional como transmisores de mensajes implícitos dirigidos hacia la salud y la funcionalidad familiar.

El dispositivo ha sido construido por el autor del presente artículo, e implementado por él junto al equipo que coordinó en el Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones (CPAA) de Las Heras, perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza, Argentina. Este centro se encuentra ubicado en una zona urbano-marginal, y la población que asiste es homogénea en cuanto a la situación de pobreza en la que se encuentran, caracterizada por falta de espacios de inclusión social, escasa escolarización y condiciones de precarización laboral.

Las bases teóricas sobre las cuales se asienta esta práctica se encuentran explicadas en el artículo “Tratamiento Sistémico Integrativo en Trastornos del Uso de Sustancias: Presentación de una Meta-Intervención (MIT)” (Cócola, 2020, en evaluación). Además, el presente trabajo se apoya en los resultados de la investigación realizada por el autor para su tesis doctoral, la cual, a grandes rasgos, informa acerca de los trastornos de apego que se encuentran en estos pacientes a la base de su problemática, con las concomitantes dificultades para aceptar, expresar y regular su mundo emocional. Todo esto acompañado por un contexto relacional que suele presentar un funcionamiento familiar extremo en los polos de cohesión y flexibilidad, evidenciando altos niveles de rigidez y distanciamiento afectivo desde la percepción del paciente.

La idea inicial fue supervisada por el Dr. Alfredo Canevaro, a quien se le consultó (Comunicación personal, 22 de febrero del 2019) debido a su amplia experiencia en grupos multifamiliares llevados a cabo en Italia (Canevaro y Bonifazi, 2011). En el mismo sentido, el trabajo que aquí se presenta sigue la misma lógica que lo postulado por Canevaro (2012), al propiciar inicialmente momentos de fuerte conexión afectiva y apoyo entre la familia de origen del paciente, previo a la instancia de emancipación.

Resulta necesario señalar que, si bien esta modalidad terapéutica ha sido diseñada para su aplicación en salud pública, para nada su implementación se restringe a ese espacio, pudiendo ampliarse a otros sectores sociales y campos de acción, ya que este trastorno no discrimina por nivel económico, aunque tiene profundo impacto en la población de mayor vulnerabilidad social. De la misma manera, si bien la confección ha estado pensada para población con TUS, su instrumentación puede trasladarse con facilidad a otras áreas clínicas.

Antes de pasar a describirlo, se comentará de forma breve cuales fueron las condiciones en las cuales se construyó el dispositivo, ya que éstas contextualizan y dan sentido a lo que sucede durante su aplicación. Posteriormente, se explicará su denominación (EMIT) y se describirán las actividades que lo componen, para finalmente pasar a comentar las experiencias vividas, resultados obtenidos, y otras posibles aplicaciones del mismo.

2.1 HISTORIA, FUNDAMENTO Y MISIÓN

El trabajo con grupos Multifamiliares en el CPAA de Las Heras inició en el año 2011. Desde ese año, hasta el 2020, se implementaron distintas modalidades grupales que se fueron puliendo con el correr del tiempo, hasta que en el año 2019 se llega a la versión que aquí se presenta.

Con el transcurrir de las experiencias previas, fue quedando claro que había que invertir el camino terapéutico que estábamos intentando llevar adelante, y adaptarnos a lo que la clínica imponía. En una primera instancia, debíamos virar desde la transmisión de información hacia la contención emocional. Como así también girar de la confrontación con la disfuncionalidad hacia el apoyo afectivo cercano, y de la impotencia profesional a la potencia institucional. De la misma manera, necesitábamos invertir las exigencias iniciales: al comenzar el tratamiento la institución era la que debía adecuarse a las familias, y no al revés.

Parte de esta adecuación implicaba la toma cabal de conciencia de la situación cotidiana que viven estas personas, donde ni la comida ni el techo están asegurados en muchas ocasiones. Si se las iba invitar a participar, se debía hacer una propuesta que reuniera las condiciones para que pudieran asistir de principio a fin. Esto garantizaría la sensación de logro familiar, y el trabajo cumplido por parte del equipo. Otro cambio en este sentido, surgió a partir de comprender que la primera relación a consolidar no debía ser entre un solo profesional y la familia, sino que, inicialmente, había que estrechar una relación segura de las familias con el sistema institucional completo.

En los días en que acontecía ese proceso, la lectura de un artículo de Adèle Lafrance et al. (2014) fue un gran estímulo para hacer la propuesta actual. En dicho trabajo, la autora y sus compañeros también presentan un dispositivo transdiagnóstico de dos días de intervención, para trastornos de alimentación. Aunque desarrollan sus intervenciones exclusivamente con los padres, y se basan en un entrenamiento psicoeducativo parental para el apoyo emocional, sin incorporar a los pacientes ni a otras personas cercanas ni aspectos que incluyan la organización o la dinámica relacional. No obstante, la toma de contacto con esta manera de trabajar, que según los autores presenta muy buenos resultados, dio ánimo para hacer encuentros multifamiliares intensivos, lo cual era una idea que venía gestándose hace tiempo, pero implicaba un fuerte movimiento institucional. Con este panorama, el autor del presente artículo aprovechó un viaje para diseñar el dispositivo en su versión final, al menos por ahora.

2.2 ISOMORFISMO ENTRE EL CONTEXTO DE GESTACIÓN Y EL CONTEXTO DE APLICACIÓN

Permítanme escribir el siguiente fragmento en primera persona del singular, ya que resulta el tiempo verbal que mejor representa lo que sucedió. Luego continuaré desarrollando el artículo tal como venía haciéndolo con anterioridad.

“¿Cómo hacer para que los pacientes sientan esta paz?”, anoté en mi cuaderno de hojas lisas, mientras descansaba en las playas de los Cayos de Cuba, a las cuales visitaba por primera vez. Frente a mis ojos se dibujaba un cuadro impresionista de un azul deslumbrante, con ese típico degradé que forma la conexión entre el sol y el mar, donde aparecen turquesas, celestes y verdes, en una alfombra de agua movidiza, pero tranquila. A mi costado, mi reciente esposa y, más retirados, algunos canadienses o rusos, que bien aprovechan los descuentos que ofrecen los convenios bilaterales. Recostado en la reposera, escuchando en mis auriculares el piano que abre la canción “De mi” de Charly García, sintiendo la brisa en el pecho, con un calor incesante pero plácido, me sentí sumamente privilegiado, y comprendí en mi piel que hay contextos donde generar salud mental es mucho más sencillo. Recordé lo que me había contestado un paciente tras consultarle la dirección de su casa: “Vivo por la calle Dorrego, en el toldo verde”. No había numeración, mucho menos paredes ni techo de material. En el toldo verde vivía él, sus hermanos, sus medios hermanos, su madre abnegada, su padre itinerante, y su abuela cosechadora. En el toldo verde ellos, con los pies en la arena y la vista

en el velero estaba yo. Fui consciente de que probablemente ninguno de mis pacientes conocería un lugar como en el que yo me encontraba. Muchos nunca saldrán de Mendoza, provincia hermosa de la Argentina, de la cual se puede admirar la Cordillera de Los Andes desde cualquier punto, pero con todo un mundo natural y cultural más allá de sus fronteras.

No es que el viajar sea la solución, muchas personas son felices donde están. No es ese el punto. Lo importante son las sensaciones que se viven bajo ciertas circunstancias, como puede ser en una playa en tu luna de miel, a la orilla de un lago junto a amigos o, por qué no, en un grupo multifamiliar.

No podía llevar a las familias a Cayo Coco ni a Playa Pilar, pero podía generar las condiciones para que sintieran una tranquilidad semejante a la que habitaba en mí en ese momento. Me puse a pensar cuáles eran esas condiciones, e identifiqué de forma rápida cinco: necesidades básicas satisfechas, comodidad, música, aire libre y cálida compañía. Pensé que era sencillo generar un espacio de encuentro con esas características. Bastaba con utilizar el amplio jardín con el que contábamos en el CPAA, poder garantizar el desayuno y demás comida que fuera necesaria, buscar banquetas, sillas, colchonetas cómodas, un parlante potente, y transmitir un clima relacional cálido. Además, creí importante que el futuro encuentro estuviera atravesado por una actitud optimista, colaborativa, de respeto y cuidado mutuo, donde los participantes la “pasen bien”. Tenía que ser un dispositivo muy “vivo”.

Había un último punto, pero no menos importante. Podía intentar trasladar la belleza que me rodeaba hacia el lugar de reunión. Para ello debía construir un dispositivo donde primara la armonía entre todos los componentes que conformaban al sistema que se iba a generar al reunirnos: familias, profesionales, administrativos, comunicación de consignas, coherencia entre lo indicado y la manera de dirigirnos, claridad en los mensajes, sonidos, y movimientos sistémicos estimulados por las actividades y rituales que llevaríamos adelante. Anhelaba construir un dispositivo estético, como esas obras de artes dinámicas, compuestas de muchas partes que tienen movimiento propio pero que en conjunto forman un solo movimiento grupal.

Al regresar a Mendoza compartí la idea con los colegas que me iban a acompañar en el primer encuentro. Nos reunimos de noche, a cenar, ya que me parecía que inclusive ese pre-encuentro entre los “facilitadores” debía darse en un contexto distendido, donde impere lo relacional y genere cohesión entre nosotros (el ritual de cenar por la noche, previo al EMIT, se mantuvo a lo largo de todos los encuentros siguientes). Durante esas semanas la inspiración se hizo presente con una intensidad absoluta, así que procuré aprovecharla. Nuevamente lapicera y cuaderno en mano, terminé de confeccionar el dispositivo cuya estructura había diseñado unos días atrás, donde la tranquilidad fue un paréntesis dentro del huracán interno que me encontraba viviendo... Aunque eso, por supuesto, excede al presente artículo. Luego sucedieron una serie de reuniones con el resto del equipo, y, finalmente, se puso en marcha el dispositivo que se presenta a continuación.

3. PRESENTACIÓN DEL DISPOSITIVO “EMIT”

3.1 DENOMINACIÓN

El nombre *EMIT*, responde a las siglas de: Encuentro Multifamiliar Intensivo Transdiagnóstico. Se explicará cada concepto por separado.

- Encuentro: Es la primera reunión entre el grupo de familias y la institución completa. Se lleva a cabo con aquellas que tienen uno o más miembros con problemas de consumo, y que están en los primeros dos meses de tratamiento. A su vez, se denomina encuentro ya que es uno solo, con principio y fin. También, dicha taxonomía tiene que ver con el espíritu del dispositivo, el cual busca intencionalmente ir hacia el encuentro de las familias, en el sentido del poder conocerlas, comprender su sufrimiento y estrechar una relación segura. Es la antesala de las entrevistas terapéuticas que cada sistema mantendrá al finalizar el EMIT.

- **Multifamiliar:** Del dispositivo participa un gran número de familias, hemos llegado a trabajar con ocho a la vez. Por familia, se entiende aquellas personas que el paciente identificado considera como tal y desea que participen del encuentro. Asisten de manera conjunta todos los miembros del sistema, incluido el paciente identificado.
- **Intensivo:** La intensidad se debe tanto a factores cuantitativos como cualitativos. El primero de estos aspectos tiene que ver con el tiempo de trabajo en continuado: es un encuentro que se realiza en dos días consecutivos, con una duración de cinco horas de trabajo por día. También, pensando en cantidades, son numerosas las actividades que se desarrollan por día en comparación con otros dispositivos terapéuticos, como así también las áreas clínicas que se abarcan. Por otra parte, la vivencia es sumamente intensiva, atravesada por sensaciones de unión grupal, con expresiones afectivas explícitas y cargadas de emotividad.
- **Transdiagnóstico:** El único criterio de agrupabilidad que tiene el dispositivo es que alguno de los miembros de la familia presente un trastorno adictivo y que no esté intoxicado al momento de participar. Pero, como sabemos, el problema de consumo puede darse a lo largo de todo el espectro de las estructuras de personalidad (Cócola, 2018). De esta manera, puede que la persona tenga una psicosis, un trastorno de personalidad, un cuadro depresivo, o que el consumo se haya iniciado por algún acontecimiento traumático, en cualquiera de los casos todos pueden participar por igual. También, puede que uno de los participantes sostenga un consumo moderado y, en cambio, la situación de otro revista mayor gravedad. Nuevamente, todos pueden participar. Tampoco hay límite de edades para vivir la experiencia. Solemos sugerir a las familias que, en la medida de lo posible, dejen a los niños menores de 10 años al cuidado de algún familiar, pero no hay ningún tipo de restricción con respecto a eso, ya que es preferible que asistan con los hijos o hijas a que no concurren, o que por quedarse al cuidado de los niños se ausente algún adulto del sistema familiar cuya participación sería relevante. Los criterios de agrupabilidad muchas veces — sobre todo en salud pública — tienden más a excluir que a incluir, siendo un obstáculo en lugar de un facilitador con respecto a la accesibilidad a espacios terapéuticos. Así, el EMIT prácticamente ha sido despojado de criterios de inclusión. Se protege al grupo a partir de un encuadre claro de trabajo, confiando en la autoregulación del sistema, e interviniendo para evitar transgresiones que perjudiquen el desarrollo de las actividades; cosa que por cierto pasa muy poco. Por otra parte, en caso de que la persona asista bajo estado de intoxicación, el subsistema del equipo profesional se dedica a contenerla, brindarle los primeros auxilios (ofrecerle un té, no dejar que se quede acostada boca arriba, protegerla de golpes, etc.) y, de ser necesario, llamar al servicio de emergencia. De esta manera, el equipo oficia como modelo para el resto de los asistentes sobre cómo intervenir en una crisis.

4. APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO

4.1 PRE-ENCUENTRO

Las tareas previas son tan importantes como las actividades que se realizan los días del encuentro, e inclusive forman parte del dispositivo en sí mismo; así como la preparación de la tierra permite la siembra y su posterior cosecha. El pre-encuentro debe seguir cierta sistematización, básicamente por dos motivos: primero, para no saltarse ningún punto, ya que todos son esenciales. Segundo, para que cuando se lo desee hacer nuevamente, se haya asimilado el recorrido a transitar por todos los integrantes de la institución. A continuación, se destacan los puntos precedentes a tener en cuenta.

- **Convencimiento institucional:** Toda la institución debe saber en qué consiste el dispositivo, cuáles son sus objetivos, y por qué es necesario la participación de todos. A su vez, debe haber cierto trabajo de persuasión y motivación a los fines de propiciar una actitud positiva y colaborativa. Algunas personas estarán directamente implicadas, mientras que

otras lo harán de manera indirecta, sosteniendo el resto de tareas institucionales los días en que se lleve a cabo el EMIT. La mayor parte de la institución debe estar convencida de llevar adelante la actividad, ya que implica un importante reorganización y distribución de roles en esos días. El mensaje transmitido desde la organización debe ser coherente entre los distintos actores que la componen. Por ello, el grupo de trabajo debe dedicar un tiempo previo a hablar con todas las personas que conforman el lugar de trabajo: personal de limpieza, seguridad, administrativos, profesionales, y usuarios del servicio.

- Invitación a pacientes y familias: La invitación juega un papel preponderante, de ello depende que haya, o no, un grupo con el cual trabajar. Cabe aclarar, que la participación de los invitados es totalmente voluntaria, sin ninguna obligatoriedad que condicione su posterior tratamiento. La invitación se hace dentro del consultorio, en la entrevista de admisión, o en alguna de las próximas entrevistas que siguen con el paciente. Se le explica de manera general en qué consiste el EMIT, sin ahondar en demasiados detalles. Se destaca la importancia de su participación y la de su familia, ya que se considera que este es un problema familiar y no meramente individual. En un principio, nuestra invitación se hace extensa desde el paciente hacia todo el grupo conviviente, pudiendo expandirse hacia el resto de la familia o red social próxima de la persona (Sluzki, 2002). Sugerimos al paciente que invite a quienes él considere su familia, y desee que participen; no condicionamos de ninguna manera este punto, pudiendo, en caso de que el paciente consulte, mencionar algunas personas cuya participación sería bienvenida. Se le recuerda que les aclare a sus allegados que el segundo día de trabajo no se pueden incorporar personas nuevas.
- “*Preflight checklist*”: La tripulación de un avión debe seguir de manera sistemática una lista previa al vuelo, a través de la cual revisan que estén dadas las condiciones para despegar. Algo similar es lo que se hace en este paso. Se confecciona una lista con todo lo necesario para que pueda “despegar” el EMIT y que no sufra interrupciones que corten la dinámica de trabajo. La revisión, armado de la sala, y disposición de materiales, es realizada por los administrativos de la institución. Así, estas personas cobran un papel muy activo y relevante en el dispositivo. Con esto no solo se busca distribuir tareas, sino también dar valor al trabajo de todo el equipo. A su vez, el subsistema profesional puede dedicarse a concentrarse específicamente en las cuestiones técnicas los dos días del EMIT.
- Reunión entre los facilitadores I: Días previos al encuentro, tal como fue mencionado en la introducción, se realiza una reunión entre los facilitadores del EMIT, donde se recuerdan las actividades de ambos días, se dividen las tareas, se corrigen aspectos a modificar, etc. Se sugiere que dicho encuentro no se lleve a cabo dentro del contexto laboral, sino en algún otro lugar, y en un horario distinto al habitual. “Ritualizar” esta reunión genera pertenencia y cohesión. No es necesario que asista todo el equipo que forma parte de la institución, pero sí es fundamental que participen tanto el coordinador/a como los/las facilitadoras.
- - Armado de Sala: Las sillas de los facilitadores deben disponerse en línea horizontal, formando la base (base segura) donde el cirulo de participantes se apoya y se cierra. Además, la mesa con materiales y comida debe ubicarse detrás de los facilitadores, de manera que estén al alcance de ellos, y a su vez no interrumpan la visión ni la forma del grupo.

Por supuesto que esta es una ubicación ideal, pero en caso de que las condiciones del lugar no lo permitan, claramente el dispositivo puede adaptarse a ubicar los lugares en la forma en que sea posible en ese espacio. Debajo se presenta la disposición que utilizamos en el EMIT (la cantidad de familias y miembros es solo a modo de ejemplo):

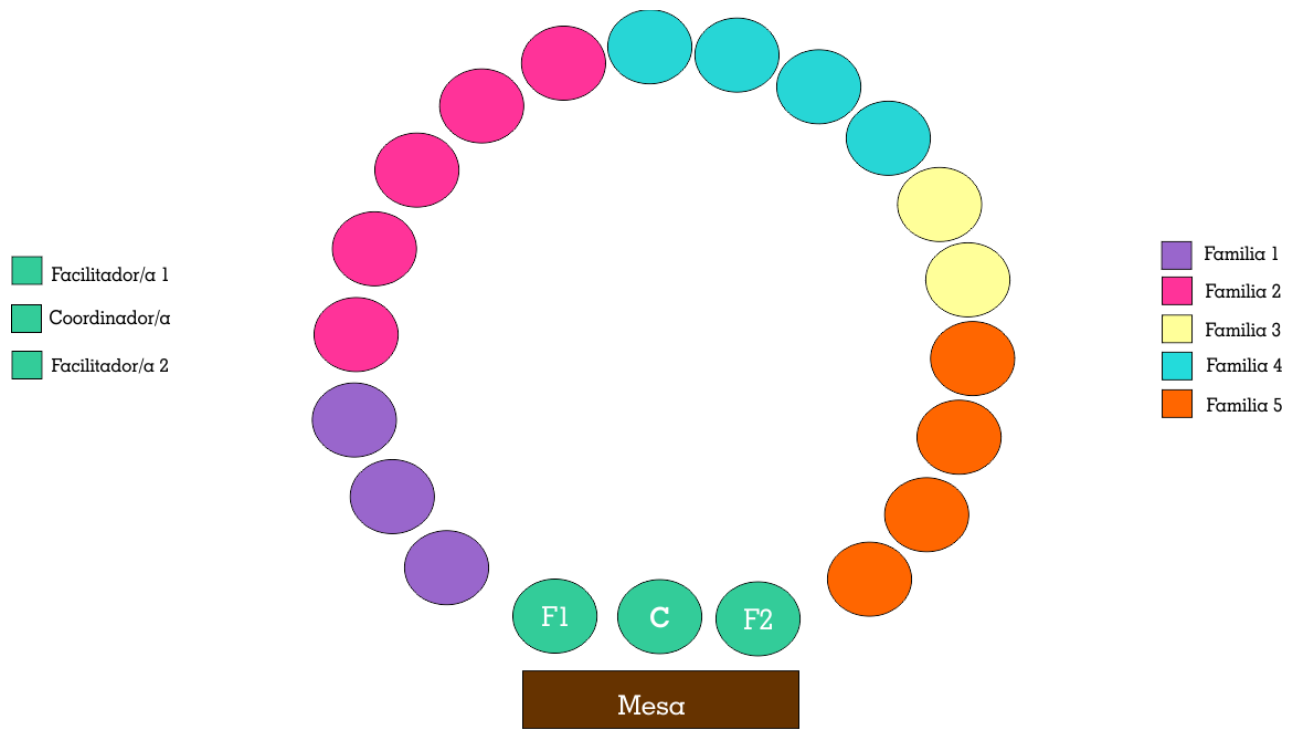


Figura 1. Disposición Inicial de los lugares en el EMIT

- **Música:** La música desempeña un papel relevante en el EMIT, estando presente al comienzo, durante su desarrollo, y al cierre de cada día. Su uso persigue el objetivo de generar el clima que se busca en cada instancia del encuentro, a los fines de que las intervenciones tengan mayor potencia terapéutica, y que la vivencia se total: física, racional, emocional, y sensorial. La música, utilizada en el momento justo y elegida adecuadamente, puede ser una intervención en sí misma, haciendo vibrar fibras íntimas donde las palabras a veces no llegan; evocando lugares, personas, y fabricando nuevos recuerdos que encontrarán anclaje en los sonidos contextuales. Cada instancia del EMIT cuenta con su propia lista de reproducción abierta y pública¹.
- **Reunión entre los facilitadores II:** El mismo día en que se da inicio al “EMIT”, el equipo profesional se agrupa momentos antes de ingresar a trabajar con las familias. El objetivo de esta breve reunión es poder tomar contacto con las resonancias emocionales, y con el grado de disposición para atender a las familias. Es conveniente realizar alguna técnica de relajación que ayude a situarse en el momento presente, a los fines de poder vivirlo a pleno. En caso de que el coordinador o coordinadora principal no se sientan del todo disponibles, pueden cambiar el rol con alguno de los facilitadores, o solicitar mayor apoyo por parte del equipo en alguna técnica puntual. Finalizada esta breve reunión, y una vez que todas las familias han llegado, el equipo sale al escenario terapéutico.

4.2. DÍA 1: DESBLOQUEO EMOCIONAL Y DISMINUCIÓN DE LA INERCIA RELACIONAL DISFUNCIONAL

Tal como fue anunciado en la introducción, el EMIT sigue una dirección terapéutica bottom-up. Por ello, el primer día comienza con la intención de crear un vínculo de confianza entre la institución y las familias, a partir de técnicas que, siempre desde un marco sistémico-integrativo, tienen por objetivo estimular la accesibilidad y la expresión emocional, legitimar los sentimientos, brindar consuelo y servir de modelo para el apoyo emocional, con una metodología de trabajo que

¹ Quién esté interesado, puede escribir “EMIT” en el buscador de la aplicación Spotify, y encontrará las listas de canciones que utilizamos para cada actividad.

evita las confrontaciones directas, pero que amplifica las resonancias emocionales por vías indirectas. Luego, las técnicas posteriores utilizadas el mismo día, involucran el uso de aspectos predominantemente racionales, que van desde el presente hasta la historia familiar, tal como se describirá a continuación.

Dos son los rituales que se realizan previo a la aplicación de las técnicas, mientras que un ritual cierra cada día². Estos rituales apelan a los aspectos universales que el humano ha mantenido desde los inicios de su especie. En su implementación lo predominante es lo implícito, lo no verbal. Su uso, a la vez que ordena la secuencia de actividades, prepara el terreno para la implementación de las técnicas. Deben estar claros los pasos a seguir por el equipo, la música predefinida, y deben ser breves, pero ocupar el tiempo suficientemente para optimizar su potencial. La música que acompaña tiene que ser coherente con el objetivo del ritual.

A. Ritual de recepción: El objetivo de este ritual es transmitir calidez, seguridad y orden. Un administrativo (o alguien designado para esa función) recibe a cada familia con una sonrisa. Se detiene a saludar, estrechando la mano, y confirmando con la mirada a cada uno, transmitiendo alegría por su presencia. Una vez que saluda bajo esta modalidad confirmadora, se dirige a todos diciéndoles, de la manera más natural posible, lo siguiente: “Que bueno que hayan venido, los estábamos esperando. Sabemos que no la han estado pasando bien y queremos acompañarlos. Seguro entre todos vamos a poder encontrar caminos para que las cosas mejoren. Allá hay un grupo de sillas, pueden sentarse por donde quieran. En unos minutos vamos a empezar. Cuando lleguen todas las familias los facilitadores se acercarán y les explicarán el encuentro de hoy”.

A su vez, se utiliza música para recibir a las familias, de manera similar a cuando se ingresa a un restaurante de lujo. Las canciones que suenan dan un marco de elegancia, confort, y distinción. La música suena desde antes que llegan las familias. Una vez que se han sentado todas, se baja el volumen al mínimo, y hacen su ingreso los facilitadores junto con el coordinador/a, al igual que lo hacen los artistas una vez que el público ha ocupado sus lugares esperando con entusiasmo a la banda. También son recibidas con juegos de mate, agua para té, y algunas galletitas.

Una vez que se ha reunido el grupo de familias con el equipo técnico, se procede a dar la *bienvenida y explicación del EMIT*. En esta instancia se agradece por la presencia de todas y de todos, y luego se presenta el equipo técnico, compuesto por un/a coordinador/a que será el principal guía durante el EMIT y los facilitadores que brindarán ayuda durante las técnicas. Se recuerda que el objetivo del EMIT es conocerse más, brindar herramientas para saber apoyar y buscar apoyo, darles información que consideramos pertinente, y pasarla bien. Se explica que los días van a estar divididos por actividades que se realizarán tanto con su familia, como con otras familias, y también de manera individual. Además, se hace explícito que la participación es voluntaria, que nadie está obligado a hablar pero que todos son importantes, que no se va a juzgar lo que diga ninguno durante el encuentro. Se les transmite que todos tienen permitido expresar sus emociones, y que cuando eso pase no vamos a “tapanlo” sino que intentaremos comprenderlo. También se les informa que el equipo técnico estará presente y disponible, y que pueden apoyarse en nosotros cuando lo necesiten. Si están todos de acuerdo, se prosigue con la prestación del grupo. Se le pide a cada familia que se presente, integrante por integrante, y tipo parentesco entre ellos. Sin mayores detalles que eso. Una vez que se han presentado, se pasa al siguiente ritual.

B. Ritual de Iniciación: Tiene como objetivo preparar a los participantes para vivenciar estos emocionales. Se invita a las personas a caminar alrededor del jardín, realizando movimientos corporales suaves, mientras comienzan a ser conscientes de su respiración. Luego de un rato, se les pide que se reúnan con sus familiares, y que se sienten en el suelo colocándose espaldas con espaldas. Esta posición recurre al ritual guerrero de “cuidarse las espaldas” cuando estaban en aprietos o atravesando un camino desconocido. Transmite apoyo, pero no fuerza una hiperconexión como lo haría el ubicarse frente a frente mirándose a la cara. El acercamiento relacional se hace paulati-

2 Para obtener información detallada con respecto al uso de los rituales terapéuticos ver Laso (2015).

namente. Una vez sentados de esa manera, se les pide que cierren los ojos, respiren hondo, y se les dice lo siguiente:

“Vamos a ingresar poco a poco en el terreno de las emociones y los sentimientos. Paso a paso, cada uno a su tiempo. Las emociones son nuestra brújula, solo que a veces nos olvidamos de ello. Vamos a intentar rescatarlas. Este es el inicio de poder conectar con las emociones de manera diferente a como lo han realizado hasta ahora. Los sentimientos son lo más humano que tiene cada uno de ustedes, por eso son tan importantes. Los vamos a ayudar a que puedan expresarlos”.

Mientras continúan así, a cada uno se le entrega una semilla en la mano, para que entierren en ese momento, como símbolo del nuevo camino que comienza, siendo ellos los encargados de “regarlo” en su día a día con lo aprendido. De esta manera finaliza este ritual, y se pasa a la técnica n°1.

TÉCNICA N°1: APOYO ENTRE SUBSISTEMAS IDENTITARIOS

Está técnica tiene el objetivo de facilitar la conexión, aceptación y expresión emocional en primera persona. Esto se promueve generando un contexto que evoque resonancias identitarias y evitando la descarga directa sobre el paciente identificado, o sobre algún otro miembro de la familia. La técnica transita por tres momentos:

- Separarse por subsistemas: se les pide que se reúnan por grupos de madres, padres, hermanos, abuela, abuelos, parejas, pacientes, etc. Se solicita que se junten en tantos grupos como roles haya. De esta manera, los miembros de las distintas familias se agrupan, formando nuevos subsistemas identitarios, tal como muestra la figura n° 2.

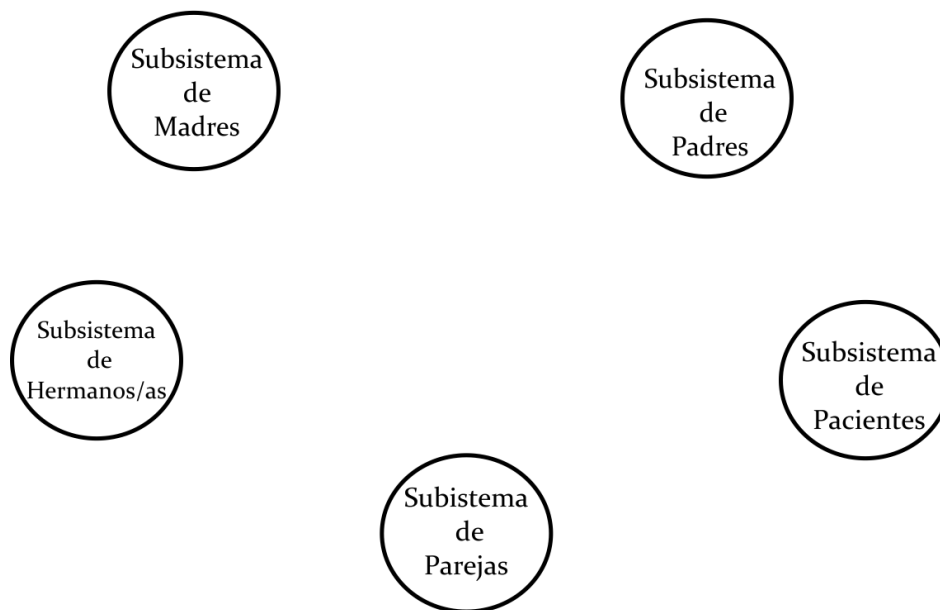


Figura 2. División por subsistemas identitarios

- Expresión: se los invita a que cada persona cuente a los integrantes de su grupo “¿Qué es lo que siente en este momento de su vida?”; en relación al problema que la familia se encuentra atravesando. Para ello, se les entrega una tarjeta con los nombres de las emociones primarias, a los fines de que puedan identificar su emoción, expresarlo y mencionar los motivos por los cuales sienten eso. Todos los grupos realizan esta actividad en simultáneo, ubicados a una suficiente distancia que garantice intimidad. Durante este proceso, los facilitadores circulan por los grupos, estimulando la conversación, ayudando principalmente en la identificación de la emoción, en su legitimación, y haciendo foco en que la expresión sea realizada en primera persona y de manera autorreferencial.
- Puesta en común: luego de que cada grupo finaliza su tarea se realiza una puesta en común bajo una modalidad particular. Se les pide vuelvan a los lugares donde estaban sentados

inicialmente, mientras que un representante de cada grupo pasa al centro. Los representantes se sientan uno al lado del otro, dentro del círculo que componen el resto de los participantes. De esta manera se conforma una “familia artificial” compuesta por los representantes. El coordinador, sentado frente a ellos, les pregunta uno por uno qué fue lo conversado dentro de su grupo, y así, paulatinamente, se mantiene una entrevista (con un matiz conversacional) con esta “familia”, mientras el resto observa y resuena. La conversación no es ingenua, ya que la forma de proceder del coordinador guía lo dialogado, mientras que sirve de modelo de apoyo emocional. Cuando culminan de expresarse, el coordinador da una devolución donde legitima, consuela y comprende el sufrimiento individual y familiar. Al terminar la devolución finaliza la técnica.

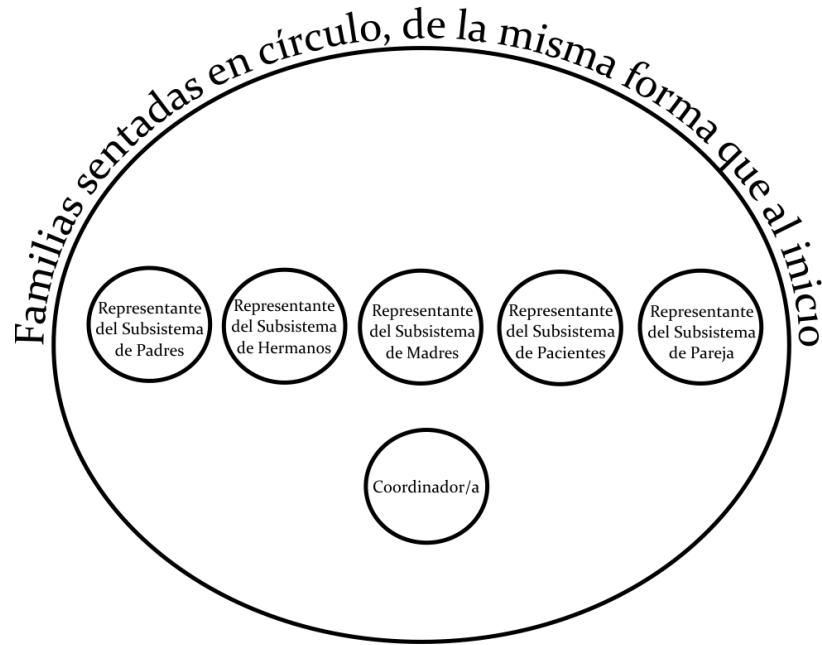


Figura 3. Trabajo con los representantes de los subsistemas identitarios

TÉCNICA N° 2: CONFIRMACIÓN EMOCIONAL:

Esta técnica tiene como objetivo la legitimación emocional y, a partir de ello, la correspondiente confirmación de cada miembro de la familia. A su vez, busca comenzar a situar al paciente como uno más, y no como él enfermo. Para alcanzar este fin, cada uno se reúne con sus seres cercanos en un lugar apartado de los demás:

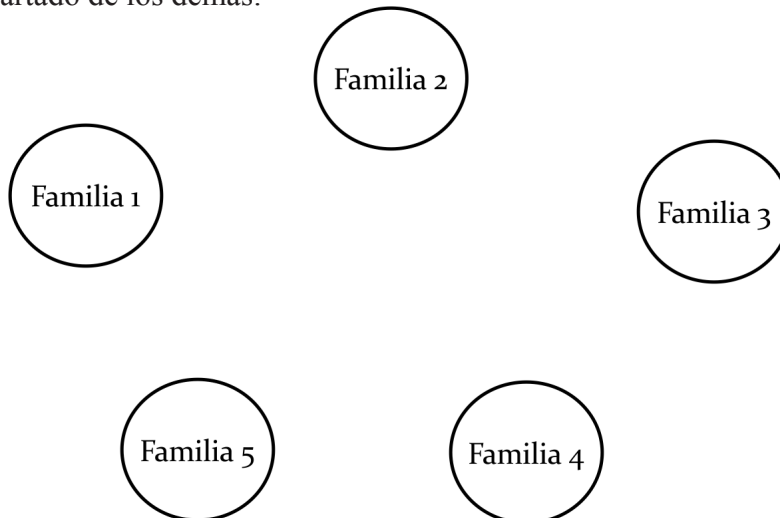


Figura 4. División familia por familia en la técnica “confirmación emocional”

La familia, de pie, va a formar un círculo, con el paciente identificado en el centro. Uno por uno, le van a ir diciendo como creen que él/ella se siente y por qué, con al menos dos argumentos que fundamenten sus impresiones. El o la paciente solo escucha, mientras va girando, encontrándose persona con persona, hasta completar la vuelta. Al finalizar, este comenta si es así como se siente o no, y da también sus argumentos. Este proceso constituye el “primer movimiento”, tal como grafica la figura n° 5:

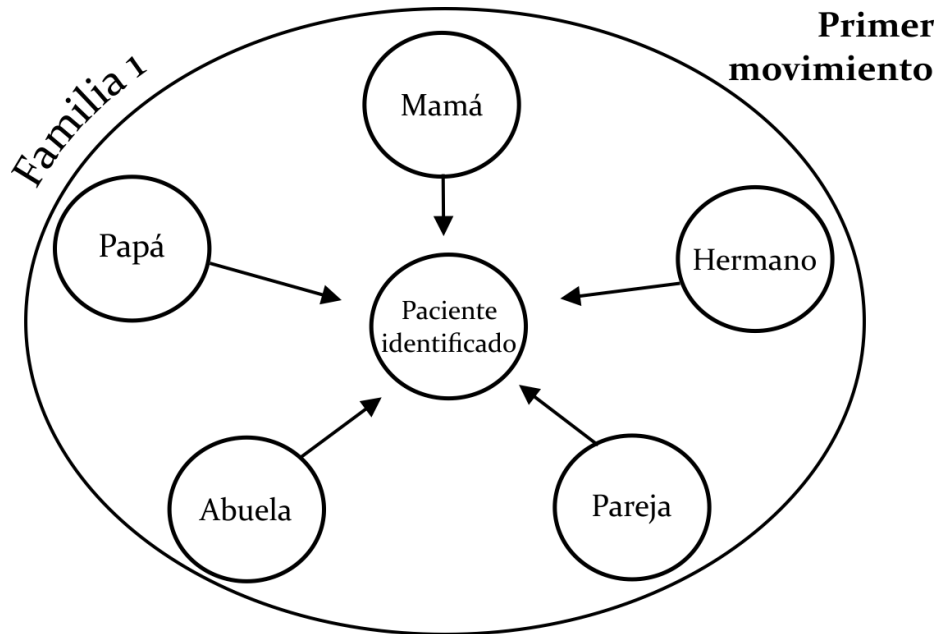


Figura 5. Primer movimiento de la técnica de “confirmación emocional”

En el segundo movimiento el paciente “sale del centro”, y pasa a ubicarse a un costado, siendo uno más del grupo que contiene. Algún otro miembro pasa al centro: el hermano privilegiado, por ejemplo. La familia legítima e intenta comprender a quien está en el medio, uno por uno, y el proceso se repite con cada persona. Todos los que componen el círculo van a pasar al centro, y van a ser confirmados emocionalmente por sus familiares. A su vez, el paciente identificado sale de su rol pasivo, para ocupar un lugar activo en el apoyo hacia los demás. Con esto se busca metacomunicar el inicio del corrimiento del lugar de paciente identificado. La figura n°6 ilustra este movimiento:

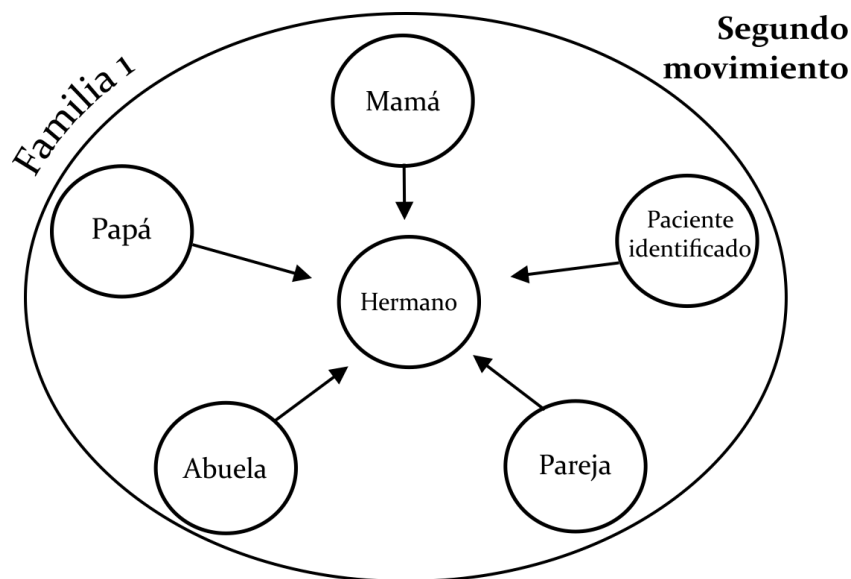


Figura 6. Segundo movimiento de la técnica de “confirmación emocional”

Todas las familias realizan esta técnica en simultáneo. Los facilitadores circulan entre ellas a los fines de ayudar en la ejecución de la tarea, estimulando, en este caso, que la expresión de quién debe legitimar emocionalmente no sea autorreferencial (como en la técnica anterior), sino que, por el contrario, sea dirigida hacia quién se sitúa en frente.

Una vez que han finalizado todos, se realiza un corte de actividades de media hora, donde se mantiene un desayuno compartido. Luego, cada persona vuelve a ocupar un lugar en el círculo grande inicial, a la espera de las próximas consignas.

TÉCNICA N° 3: SOLUCIONES INTENTADAS FRACASADAS

Con esta técnica se ingresa en un terreno predominantemente racional. El objetivo es poder identificar aquellas conductas que aportan al desarrollo y sostenimiento del problema. Es una técnica que se realiza de forma individual. Tras entregarle una hoja y una lapicera a cada uno, se les da la consigna: “Les vamos a pedir que escriban en el papel aquellas cosas que ustedes han intentado hacer para solucionar el problema que se encuentran atravesando y que no han dado resultado, y que, pese a que eso no sirvió como solución, lo han continuado haciendo reiteradas veces”. Se les explica que luego habrá una puesta en común a libre participación.

Se les solicita que, de manera individual, se ubiquen en algún lugar en que se sientan cómodos, a gusto y con la intimidad suficiente para poder llevar a cabo la actividad. Se da un tiempo de 15 minutos aproximadamente para esto.

En la puesta en común, el coordinador señala cuidadosamente aquellas actitudes que efectivamente mantienen el *statu quo*, mencionando a los participantes –con una pequeña dosis de desafío– que si desean continuar nutriendo al problema sólo tienen que seguir haciendo todas esas cosas que no les han dado resultado, tales como: continuar diciéndole al paciente que deje de consumir, amenazar con dejar de acompañarlo a tratamiento si recae o, en el caso de los pacientes, continuar intentando resolver el problema en soledad (el “intentar resolverlo sin pedir ayuda” es algo que usualmente refieren los pacientes en la puesta en común). Lo que se busca es comenzar a ofrecer una resistencia terapéutica a la inercia disfuncional. Al finalizar, y tras una breve devolución donde se connota positivamente la participación de todos en esta actividad, se les solicita que “dejen esas soluciones intentadas que no han dado resultado” en una caja dispuesta a tal fin. Y así se pasa a la última técnica del día 1.

TÉCNICA N° 4: INTEGRACIÓN DE LA NARRATIVA HISTÓRICA FAMILIAR

El objetivo que persigue esta técnica es poder ir más allá de la urgencia presente, y tomar contacto con la dimensión histórica que explica el problema, a partir de una construcción grupal sobre las diferentes experiencias familiares que cada individuo ha vivenciado.

Para lograr este cometido, nuevamente cada familia se agrupa por separado, pero esta vez están sentados. Se les otorga un papel grande y fibrones de diferentes colores. Se les pide que coloquen el papel de forma horizontal, y que en la mitad tracen una línea a lo largo de la hoja. El comienzo de la línea representa el “nacimiento familiar”, y el final de la línea el presente. Se les solicita que en esa línea del tiempo coloquen de forma cronológica los acontecimientos más importantes que hayan vivido como familia, nombrando aquellos que sean negativos debajo de la línea con un color determinado, y los positivos arriba, con un color diferente. Pueden existir convergencias y divergencias de opiniones, lo importante es que todos puedan aportar algo al gráfico. Al finalizar, se les pide que conversen entre ellos acerca de cómo les gustaría que siga esa línea a futuro. Es un momento de gran intimidad familiar. No hay una puesta en común con el resto del grupo sobre lo trabajado. Se les ofrece la posibilidad de dejarle al equipo el papel si así lo prefieren. Los facilitadores simplemente colaboran estimulando la participación de todos, evitando que la información volcada no se concentre en lo referido por una sola persona, y ayudando a un mayor intercambio cuando este tiene características de ser escueto. Una vez finalizada la técnica, se realiza el breve ritual de cierre del día uno.

C. Ritual de cierre y apertura: Tiene como objetivo dar por finalizado la sección de técnicas,

ofrecer un dique de contención emocional frente a un día muy intenso y, a la vez, preparar al grupo para el día siguiente.

El ritual consiste en solicitarle a los asistentes que se pongan de pie y hagan un círculo más pequeño, del cual también forman parte el coordinador y los facilitadores. Con música de fondo, se los invita a realizar una respiración consciente, mientras cierran sus ojos. El coordinador, quien hace las veces de un narrador, les pide que recuerden como estaban antes de venir, como transitaron las técnicas (nombrando los aspectos nucleares de lo trabajado en cada una) y que tomen contacto con sus sensaciones en este último momento del día. Finaliza, diciendo que se los va a estar esperando para encontrarse nuevamente al día siguiente, y “vivir una jornada muy agradable”.

4.2. DÍA 2: EXPRESIÓN DE RECURSOS FAMILIARES SALUDABLES

El segundo día apunta a que las personas identifiquen, desarrollen y pongan en escena recursos relacionales saludables, fundamentalmente en lo que hace a la confirmación, el apoyo emocional y el sentido de unión familiar. No se trabaja con el reconocimiento de aspectos disfuncionales o con la expresión de sentimientos profundamente angustiosos, sino que, por el contrario, el foco está puesto en vivenciar experiencias reparadoras, positivas, alegres, de sensaciones amenas.

Este día sigue el mismo procedimiento inicial que el primero, aunque con un tinte más “relajado”. Las familias llegan con alguna idea de lo que van a vivir, entonces asisten con menos ansiedades, regalan sonrisas y generalmente muestran una óptima predisposición. Se repite tanto el ritual de recepción (*D*) como la bienvenida. En cambio, el segundo ritual del día es diferente, y suele ser valorado por los asistentes. Se lo comenta a continuación.

E. Ritual de Transición: Persigue el objetivo básico de virar del maltrato (auto y hetero) hacia un trato cuidadoso. El nombre de “transición” alude a eso, y también se debe a que este ritual marca el paso del tipo de experiencias negativas hacia las positivas. El ritual está compuesto por dos instancias.

Primero, se les solicita a los participantes que se recuesten en algún lugar cómodo (es muy útil el uso de colchonetas para esto), que cierren los ojos, y sean conscientes de su respiración. El coordinador va narrando un viaje hacia el pasado. Los invita a recordar su infancia: imágenes, personas y lugares. Luego, les pide que tomen contacto con algún momento de su infancia en que se hayan sentido muy bien, y que registren esas sensaciones. A continuación, indica que identifiquen alguna situación en la que se hayan sentido mal de niños, y se les pide que recuerden qué hicieron con ese malestar: si lo expresaron; lo callaron; en quién se apoyaron; etc. Ahora el coordinador se dirige al presente, preguntando si en la actualidad, ya más grandes, hacen lo mismo con sus tristezas o temores. Finaliza esta parte, volviendo a registrar sensaciones de bienestar infantiles. Así recostados, el coordinador explica que existe un vínculo entre los patrones de apego y regulación emocional aprendidos en la infancia con la adultez. Luego, menciona que las sensaciones de bienestar registradas son posibles de vivirlas de más grandes, pero que para ello es necesario dejar de maltratarse. Y uno de los primeros pasos para cuidarse mejor es dejar de culpabilizarse, aspecto que se trabaja en la segunda instancia.

Se les pide cada uno se coloque detrás de unas piedras grandes (posibles de cargar pero pesadas) que han sido depositadas en círculo (se colocan tantas piedras como personas hayan). Cada persona toma su piedra, y cierra los ojos. El coordinador les explica que esa piedra representa las culpas que habitan en cada uno. Marca la diferencia entre responsabilizarse y culpabilizarse, con el consecuente castigo que suele traer asociado. Se les indica que depositen en esas piedras todas las culpas que los martirizan. Que sientan su peso, sus aristas duras, su textura áspera. Y que, cuando estén dispuestos a solar esa carga, arrojen la piedra. Allí finaliza el ritual.

TÉCNICA N° 5: PSICOEDUCACIÓN EMOCIONAL:

Nuevamente se ubican como en la figura n° 1. El equipo técnico realiza una breve exposición (una hora aproximadamente), en donde transmite información sobre las emociones básicas: cuáles

son, cómo se sienten en el cuerpo, que necesidad reclaman, y cuál es la tendencia a la acción y la conducta que demandan por parte de las figuras de apoyo. Se les explica cómo actuar para brindar apoyo emocional. Se hace hincapié en la importancia del estado de disposición para comprender y atender al mundo interno del otro, sin que eso implique la anulación del propio sentir. Se explica la relación entre las dificultades en la regulación emocional y el consumo de sustancias y otros comportamientos adictivos. Se trabaja con todo el grupo sentado, tomando nota y debatiendo al respecto.

TÉCNICA N° 6: TRIADA GENERADORA DE CONFIANZA

Es un trabajo que se realiza de manera individual, para luego hacer una puesta en común a libre participación. La técnica se basa en la consideración de que hay tres pilares para recuperar y generar confianza relacional: pedir ayuda, pedir perdón, y brindar consuelo; y ese es el objetivo que persigue. Para ello, se otorga un papel y lapicera a cada participante. Y se les pide que reflexionen y escriban sobre las siguientes preguntas:

- “¿Qué necesito de mi familia en este momento de mi vida?”. Tomarse unos 10 minutos para responder.
- Luego se hace el mismo proceso sobre esta pregunta:
- “¿Hay algo por lo que deba pedir perdón?”. Tomarse 10 minutos para responder.
- Y finalmente, se realiza la tercer pregunta:
- “¿Qué necesito de mí, en este momento de mi vida?” (no se hace una puesta en común sobre este punto).

Una vez respondidas estas tres consigas, se realiza una exposición grupal, guiando al resto de los familiares para que brinden consuelo y apoyo efectivo a quién expone. Luego de esta actividad se hace una pausa de 30 minutos donde nuevamente se comparte un desayuno.

TÉCNICA N° 7: ESCUDO DE RESILIENCIA FAMILIAR

Esta técnica tiene el objetivo de que la familia registre sus capacidades de fortaleza frente a las adversidades. Para ello cada familia construye su “escudo de resiliencia”³, dibujándolo en un papel grande, y colocando dentro las fortalezcas que los representen, y escribiendo por fuera del escudo aquellas amenazas y situaciones de las cuales este los protege. El escudo puede ser llenado con palabras escritas, recortes de revistas, dibujos, coloreado, etc. Luego se hace una puesta en común, donde un representante de la familia pasa al centro del grupo y presenta la producción, finalizando cada exposición con un aplauso grupal. Luego se pasa a la última a técnica del EMIT.

TÉCNICA N° 8: VIVENCIAR LA NUTRICIÓN RELACIONAL

Esta es quizás la técnica más emotiva y cumple un papel fundamental. Estratégicamente se sitúa al final, y, para ganar mayor impacto, se apoya en todo el recorrido previo. El objetivo es que cada persona sea nutrida relacionalmente (Linares, 2012) por su propia familia, con el grupo grande como testigo de ello. Para lograr eso, el grupo permanece sentado en círculo, mientras que una de las familias se coloca en el centro, de pie, formando un círculo más pequeño, y en el centro de este se coloca el paciente identificado. Tal como señala la figura n° 7:

3 Esta técnica se inspira en los distintos escudos que aparecen en el libro sobre genograma escrito por Marcelo R. Ceberio (2011).

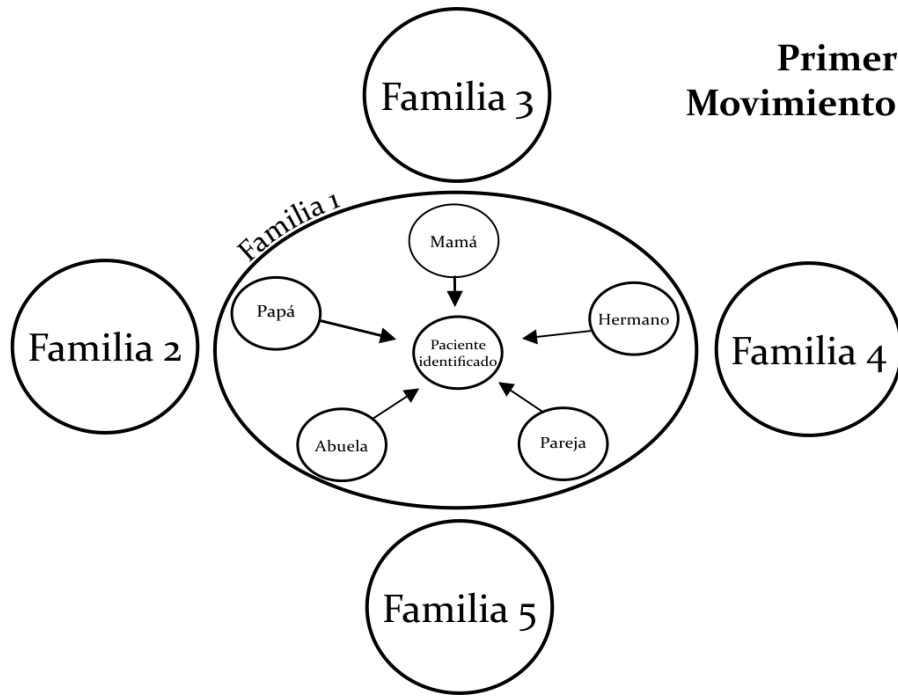


Figura 7. Primer movimiento de la técnica “vivenciar la nutrición relacional”

Una vez que han tomado lugar, uno a uno los familiares le comunican al paciente lo siguiente:

1. ¿Qué aspectos valora de su persona?
2. ¿Qué sentimientos positivos tiene por él o ella?
3. Transmitirle de forma corporal eso que sienten (abrazar, agarrar ambas manos, de un beso, etc.).

El paciente permanece en silencio, recibiendo el amor complejo. De esta manera, la persona es nutrida relacionalmente a través de las tres áreas que componen a este concepto (cognitiva, emocional y pragmática), mientras el grupo confirma con su presencia lo sucedido. Este no es un detalle menor, ya que la nutrición relacional adquiere una dimensión social algo más extensa al hacerlo frente al auditorio que conforman las otras familias.

Luego, otro miembro se coloca en el centro, y el paciente se ubica en el lugar de nutrir relacionalmente a esa persona, tal como demuestra a modo ilustrativo la figura n° 8:

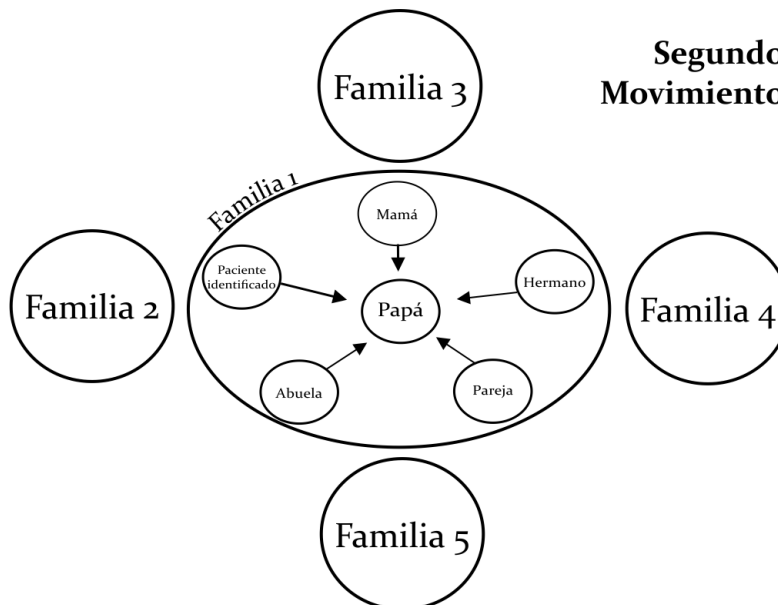


Figura 8. Segundo movimiento de la técnica “vivenciar la nutrición relacional”

Así, cada miembro de la familia va a ocupar el lugar central, repitiendo todo el proceso. Una vez que finalizan, y luego de los aplausos de todos, otra familia pasa al lugar de la primera, y así sucesivamente con el resto. El trabajo de los facilitadores consiste en guiar la expresión exclusiva de sentimientos y cualidades positivas del otro, como así también en la praxis de su transmisión.

Finalmente, todos toman asiento y se realiza la retroalimentación al equipo técnico, en donde libremente los participantes dan una devolución sobre lo vivido durante ambas jornadas de trabajo. El EMIT cierra con el breve ritual, el cual se describe a continuación.

F. Ritual de cierre y apertura: Tiene como objetivo dar por finalizado el EMIT, consolidar lo aprendido, y preparar a las familias para la etapa siguiente. Este ritual sigue la misma disposición y lógica que el ritual de cierre del día 1, solo que en lugar de que las personas permanezcan simplemente de pie, en esta oportunidad abrazan a quien tienen a ambos lados, y así el grupo se cierra entrelazado por los brazos, transmitiendo unión y cercanía. El coordinador acompaña realizando una breve relajación a ojos cerrados. Recapitula lo vivido. Da por finalizado el EMIT felicitando al grupo, y cierran todos con un aplauso al unísono.

Las familias se retiran con los turnos para que el equipo mantenga entrevistas con ellas, por separado, dentro de un mes aproximadamente.

4.3 POS-ENCUENTRO

El equipo técnico se reúne inmediatamente finaliza el encuentro para tomar nota sobre sus resonancias (Elkaïm, 2004), las cuales, en lo posible, se dejan en audios grabados y guardados en carpetas online de fácil acceso y recuperación para la “reunión de facilitadores I”, previa al próximo EMIT. Se despiden con un gran abrazo, y se marchan a descansar.

A continuación, un *código QR* lleva a un video⁴ donde el autor explica el proceso del EMIT detallado anteriormente:



5. RESULTADOS OBTENIDOS Y CONCLUSIONES

Resulta necesario explicitar que, al momento de presentar este artículo, no se han llevado a cabo estudios científicos que midan los resultados del EMIT. No obstante, también es relevante comunicar que las devoluciones realizadas por las familias han sido altamente positivas. Algunas de ellas fueron grabadas, previo consentimiento. Los participantes prácticamente no señalan algún aspecto negativo a considerar. Las palabras de agradecimiento son las que más se repiten.

⁴ El video corresponde a la exposición de este trabajo en el Congreso online RELATES 2020, y ha sido publicado en www.youtube.com por la Escuela Sistémica Paraguaya (ESPA), institución organizadora del evento.

Durante el proceso del EMIT se aprecia la puesta en marcha de nuevas conductas relacionales, las cuales van en dirección hacia la salud. El contacto con cada familia, por varias horas, y sostenido en dos días, lleva inevitablemente a que las personas se desenvuelvan con bastante naturalidad, más allá de que no estén en su contexto habitual. Esto permite que el equipo técnico descubra recursos desconocidos de los participantes, que difícilmente podrían ser apreciados en otras modalidades asistenciales.

La motivación de la gente se incrementa considerablemente a medida que se desarrolla el encuentro, como así también la sensación de familiaridad y las expresiones humanitarias (colaboración, solidaridad, etc.). La actitud generalmente es co-constructiva, mientras se apoyan con tranquilidad en los guiones terapéuticos determinados por el programa a seguir. Se alcanzan los objetivos propuestos en cada técnica, teniendo mayor o menor impacto de acuerdo a las características y necesidades de cada familia, lo que permite observar un amplio abanico de respuestas.

Las impresiones clínicas, a partir de las posteriores entrevistas familiares, son de una marcada mejoría en la adherencia al tratamiento por parte del paciente identificado, como así del resto del grupo familiar. Lo mismo sucede en cuanto a la relación terapéutica, la cual se afianza exponencialmente. Es notable el contraste cuando se comparan las entrevistas mantenidas con familias que no han pasado por el EMIT, y aquellas que sí lo han realizado. En el segundo caso el dramatismo expresado es menor, y hay una mayor receptividad para incorporar los aportes transmitidos por el equipo profesional. Por supuesto que el EMIT no reemplaza a las entrevistas familiares, sino que aliviana su desarrollo, y posiblemente incremente las posibilidades de efectividad terapéutica.

Otro aspecto a destacar, es que se fortalecen las redes entre las familias: se ofrecen como apoyo frente a crisis; anotan los contactos telefónicos; aumentan la frecuencia de comunicación en la sala de espera; etc. Dejan de ser anónimos y de estar en la marginalidad, para reconocerse mutuamente, y sentir que no están solos. Según lo referido por ellas, pasan de la vergüenza a la comprensión. Lo que genera un empoderamiento útil para salir del estado de impotencia en el que suelen acudir.

A nivel institucional, se percibe una grata sensación de trabajo realizado en equipo, de logro cumplido y de ayuda brindada. Los prejuicios sobre las familias disminuyen, y se adquiere una mirada más completa de las mismas. La cohesión –en cuanto sentido de unión y pertenencia– hacia adentro de la organización también se incrementa, y la constatación de resultados terapéuticos estimula a continuar la labor.

Por otra parte, si bien este dispositivo ha sido aplicado en el segundo nivel de atención, es completamente posible su instrumentación en el primer o tercer nivel, pudiendo utilizarse en instituciones bajo la modalidad ambulatoria, centro de día, internación o comunitaria. Del mismo modo, su aplicación no se restringe exclusivamente a trastornos adictivos, y puede ser pensado como un encuentro “transtrastornos”, haciendo pequeñas variaciones en algunas técnicas, pero manteniendo la misma lógica.

Para concluir, solo resta decir que futuros estudios podrán dedicarse a investigar en concreto la efectividad del EMIT, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos, ya sea en población con consumo de sustancias o en otro tipo muestra. Mientras tanto, son alentadoras las impresiones de quienes han participado por este dispositivo, e invitan a continuar profundizando el camino iniciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA; American Psychiatric Association.
- Canevaro, A., & Bonifazi, S. (2011). *Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale*. Roma: Armando Editore.

- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica*. España: Ediciones Morata.
- Ceberio, M. R. (2011). *Quién soy y de dónde vengo: el genograma: un viaje por las interacciones y juegos familiares*. Argentina: Psicolibro.
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los Trastornos por el Uso de Sustancias: una revisión de la literatura sistémica. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (38), 47-64.
- Cócola, F. (2020). Tratamiento Sistémico Integrativo en Trastornos del Uso de Sustancias: Presentación de una Meta-Intervención (MIT). *Revista REDES*. (En evaluación).
- Elkaïm, M. (2004). L'expérience personnelle du psychothérapeute: approche systémique et résonance. *Psychothérapies*, 24(3), 145-150.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson.
- Khantzian, E. J. (1997). The self medication hypothesis of substance use disorders: reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244
- Lafrance, R. A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., y Mayman, S. (2014). Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: A pilot study of a 2-day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 14-23. doi: 10.1002/cpp.1933.
- Laso, E. (2015). Los rituales terapéuticos familiares I: Una propuesta teórica en clave emocional. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (32), 21-33.
- Linares, J. L. (1997). Modelo Sistémico y familia multiproblemática. En M. Coletti, J.L. Linares, (comp.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 23-43). España: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. (2012). *La Terapia Familiar Ultramoderna*. Barcelona: Editorial Herder S.L.
- Padykula, N. L., y Conklin, P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351-360.
- Satir, V. (1988). *The new peoplemaking*. Science & Behavior Books.
- Sluzki, C. E. (2002). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. España: Editorial Gedisa
- Watzlawick, P., Beavin, B. J., y Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton & Company Inc.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. *Attachment* (I) Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). El Apego. Vol. I. de la trilogía El apego y la Pérdida. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss. *Attachment*. (Vol. II). Separation. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998) La separación. Vol. II de la trilogía El Apego y la Pérdida. Paidós.

ANEXO I DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL EMIT

ACTIVIDADES EMIT DÍA 1
Pre-encuentro
A) Ritual de recibida
Bienvenida y explicación del EMIT
B) Ritual de iniciación

Técnica 1: Apoyo entre subsistemas identitarios
Técnica 2: Confirmación emocional
Técnica 3: Soluciones intentadas fracasadas
Técnica 4: Integración de la narrativa histórica familiar
C) Ritual de cierre y apertura

ACTIVIDADES EMIT DÍA 2
Pre-encuentro
D) Ritual de recibida
Bienvenida y explicación del EMIT
E) Ritual de transición
Técnica 5: Psicoeducación emocional
Técnica 6: Triada generadora de confianza
Técnica 7: Escudo de resiliencia familiar
Técnica 8: Vivenciar la nutrición relacional
Retroalimentación del grupo hacia el equipo técnico
F) Ritual de cierre y apertura
Se otorgan turnos para entrevista terapéutica familiar

La terapia provocativa: Creando nuevos contextos usando el humor y el desafío sistemáticamente¹

87

Provocative Therapy: Creating new contexts using humour and challenge systematically

Federico Sarink^a

^aUniversidad de Almería. Profesor asociado en la Universidad de Ámsterdam, VU.
Correo electrónico: fs342@inlumine.ual.es.

Historia editorial

Recibido: 11-09-2020

Primera revisión: 31-10-2020

Aceptado: 30-11-2020

Resumen

Para conseguir un cambio en los clientes hace falta aumentar la flexibilidad psicológica. En el planteamiento provocativo se usa el humor y el desafío en cada sesión para causar incongruencia y con ella confusión en los clientes. A causa de la confusión, los clientes tienen que pensar fuera de su caja buscando maneras para resolverla. Así llegan a ideas y conductas que realmente pueden ayudar a cambiar.

Palabras clave

terapia provocativa, humor, desafío, flexibilidad psicológica, romper la homeostasis

Abstract

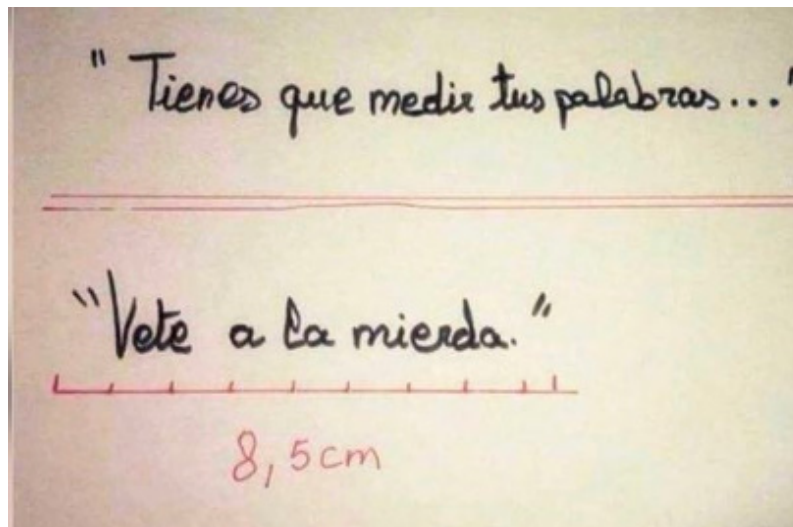
To reach a change in the clients it is necessary to increase their psychological flexibility. In the provocative approach humour and challenge are used in every session to cause incongruence and therefore confusion in the clients. Because of the confusion the clients need to think out of the box searching for ways to resolve the confusion. This way they reach insights and behaviour that can really help in changing.

Keywords

provocative therapy, humour, challenge, psychological flexibility, breaking the homeostasis

Hablando del objetivo principal de cualquier forma de terapia, se puede decir que es establecer un cambio del estado anterior en que los problemas del cliente le impidieron vivir su vida como le gustaría. Un tratamiento no siempre sabe establecer un cambio, incluso no siempre es el enfoque de un terapeuta. Sin embargo, en este artículo sí es el punto de vista. La idea general es que la terapia debe crear nuevos contextos. Vemos como se puede lograr utilizando los elementos claves de la terapia provocativa: el humor y el desafío.

Siendo el lenguaje nuestra herramienta principal, y el humor parte del enfoque de este artículo, empezamos con un chiste de un compañero que dio un consejo importante a todos los terapeutas:



No dijo donde se puede comprar una cinta métrica para la consulta. Pero será muy útil.

Empezar un artículo en una revista respetada como REDES Digital con un chiste puede ser tan irreverente como empezar con un chiste la primera sesión con un nuevo cliente, pareja o familia. Pero justo esa es la fuerza del planteamiento provocativo: romper las normas, por eso causar confusión y así ir al grano más pronto. Farrelly y Brandsma dicen (1974):

Hay muchas contradicciones en la vida, hay muchos cambios. Pero el ser humano prefiere la certeza y la claridad. Podemos sentirnos rígidos por ello, aunque la realidad exige una cierta flexibilidad. Para adaptarnos a la vida en cambio, tenemos que adoptar nuevas perspectivas frecuentemente. El humor puede servir muy bien para adoptarlas (pp. 95-96)

Para destacar el efecto y la importancia del humor me gustaría presentar un pasaje del libro La Terapia Provocativa, el terapeuta como el abogado del diablo (Sarink, 2019).

2. CASO: CRISTINA LA CULPABLE Y CARLOS EL AUSENTE, UNA TERAPIA DE PA-REJAS

Cristina y su marido Carlos eran de Almería y estaban sentados frente a mí. Con clientes individuales suelo empezar con la pregunta '¿Cuál es el problema?'. Pero con parejas o familias empiezo con la pregunta '¿Quién es el problema?'. Así que también lo hice con ellos:

- Pues, cuéntenme: ¿Quién es el problema?

Ambos mirándose, riéndose un poco incómodos.

- Cristina: Pues, debo de ser yo supongo.

- Verás, he sufrido cáncer. Terminé el tratamiento hace dos años. Durante el tratamiento estaba muy cansada, hecha polvo. Después esperaba volver a sentirme enérgica y con ánimo, pero no. Creo que esa es la razón más importante por la que estamos aquí en su consulta.

- ¡Menos mal! ¡Por fin alguien honesta! No sabes cuantas veces pregunto esto a parejas y necesitan mucho tiempo para apuntar quién es el problema. En cambio, tú vas al grano del asunto, Cristina. Muy bien. ¡Relájate Carlos! Ahora voy a someter a Cristina al tercer grado. ¿Cristina, ahora que sabemos que tú eres el problema, puedes añadir otras razones por las que eres el problema? Quiero decir... a parte del cansancio.

- ¿Más razones?

- Sí, sí. ‘Cinco por el precio de una’, ya sabes... Es el *happy hour* de los problemas. Puedes soltar todos tus defectos a la vez.

- Cristina (riéndose, mientras Carlos seguía sentado bastante incómodo): Pueeees, por el cansancio no me apetece el sexo como en el pasado. No puedo ir de vacaciones, o sea, salir de casa para viajar a mucha distancia. Ir de marcha, tampoco. Visitar a amigos, no demasiado. En general, me he convertido en una mujer muy aburrida.

- Carlos (no aguantando que Cristina se echara toda la culpa): ¡Para, para! No creo que seas la única responsable del problema. Yo también tengo una parte.

- Oye Carlos, por favor. Ya tengo una culpable, eh. No necesito un culpable más. ¿Me vas a complicar el trabajo o qué? Cristina es la culpable, Cristina “La Culpable”, suena bien ¿no? Pues bueno, ya está. Por favor, Cristina, ¡sigue con tu confesión!

Ambos riéndose ahora por la exageración de la situación.

- Carlos: ¡Qué no Federico! Es verdad que me cuesta el cambio drástico de nuestra vida, pero no estamos aquí por la enfermedad de Cris.

- ¿Enfermedad? ¿Todavía sigues enferma, Cris? Me dijiste que estuviste enferma, pero ahora te has vuelto una mujer aburrida.

- Cristina: Sí, tienes razón. Pero los médicos no saben por qué me sigo tan cansada después de tanto tiempo. Quieren investigar si la quimioterapia me ha afectado de forma temporal o permanente, a que órganos, etcétera.

- Entiendo. Cris la Enferma y Culpable. Pues La Culpable me suena más adecuado ¿verdad? Pero, explícame por qué es un problema que tu mujer se haya convertido en una zombi.

Carlos mirándome boquiabierto por este insulto hacia su esposa. Cris de nuevo riéndose.

- Carlos: ¿No te sientes molesta por todo lo que Federico está diciendo?

- Cristina: ¡Hombre, para nada! Por fin podemos hablar sobre nuestros asuntos sin bloqueos, sin límites, sin vergüenza. Al menos por mi parte.

- Carlos: La verdad es que me cuesta abordar estos temas Federico. Sé que Cris no ha hecho nada mal, que no puede evitar su estado físico actual y que ella también se siente frustrada con la situación. Sin embargo, me cuesta aceptarlo, no veo manera de solucionar esto.

- Cristina (ahora llorando): Es la primera vez en mucho, mucho tiempo que te oigo reconocer mi sufrimiento.

Les dejé en paz un rato, mientras Carlos le ofrecía consuelo a Cris cogiéndole la mano.

- Vale, vale, vale. ¿Pero todavía estamos de acuerdo en que Cris tiene la culpa?

Ahora los tres riendo a carcajadas

- Carlos: Hombre, no. Pienso que tenemos que buscar una solución para hablar más de lo que nos preocupa a los dos. La verdad es que en los últimos dos años me he quitado de en medio trabajando, haciendo deporte, tomando copas con compañeros de trabajo o amigos.

- Ahhhh, ¡eres Carlos el Ausente!

- Carlos: Jejeje, creo que sí.

- ¿Y ahora qué? Parece que tenemos dos culpables. Vaya, vaya, (exagerando el sufrimiento mío)

Así continuó la sesión. Dos semanas después volvieron a mi consulta. Carlos me dijo que le extrañaba la reacción de Cris. Él pensaba que Cris no le iba a gustar el planteamiento provocativo, porque era demasiado fuerte. En cambio, a ella le hizo gracia exagerar la situación, romper el hielo y reírse sobre su condición. Esto supuso que, por primera vez en mucho tiempo, podían hablar sin reproches sobre sus dificultades.

Esta reacción de Carlos y Cris muestra el quinto supuesto provocativo “La gente se ríe más pronto de lo que pensamos” (Sarink, 2019). Muchos colegas (y parejas) no solo piensan en la vulnerabilidad de los clientes que se enfrentan a sus problemas, sino también que a los clientes les falta sentido del humor. Pero el humor puede ayudar muchísimo a aguantar el sufrimiento de mejor manera. Sin embargo, no solo es un antídoto para el peso y el dolor de la vida, también:

- Restablece lo que faltaba ya hacía tiempo: reírse, usar la habilidad de reírse, aunque sufras.
- Genera más intimidad, humanidad y un planteamiento más directo en las sesiones.
- Da un poquito de aire en las vidas de los clientes.

Y otros aspectos muy importantes:

- Causa confusión, para que el cliente esté forzado a observarse desde otra perspectiva y/o soltar la anterior manera de mirarse.
- Da al cliente la posibilidad de hacerse más flexible en su manera de pensar, sentir y por ello actuar. Su flexibilidad psicológica aumenta.
- Su creatividad y habilidad para probar nuevas soluciones crece.
- También da como resultado darse cuenta de que hay cosas que necesita aceptar. Pero puede hacerlo porque ahora sabe reírse de su situación.

Sobre todo los dos aspectos del aumento de la flexibilidad psicológica y del aumento de la creatividad para probar nuevas soluciones son tan importantes que forman la base de la investigación que realizamos en la Universidad de Almería. ¿Por qué son tan importantes?

3. LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

Los terapeutas familiares saben mejor que los terapeutas de muchos planteamientos individuales que el contexto fundamental para la gente es formado por la crianza en la familia que le da la perspectiva desde la que observa el mundo, los acontecimientos en su vida y sus relaciones. Le da pautas para manejar lo que pasa en su vida y cómo interpretar lo que sucede. Un buen ejemplo, al mismo tiempo un ejemplo impactante, es lo que ha ocurrido por la muerte de George Floyd en los Estados Unidos. Me ha enseñado muchas cosas. Una de ellas es que como hombre blanco nunca podría realmente entender cómo es vivir la vida de una persona negra. No puedo imaginarme cómo sería ser acosado por la policía tantas veces porque sospechen de mí, aunque no haya hecho nada; que a mi amigo blanco no le pidan quitarse el gorro entrando en una tienda y a mí sí porque soy de otro color. Otro ejemplo es que tampoco puedo realmente saber cómo es crecer en una familia completa. Mi padre murió cuando yo tenía 6 años. Después mi madre nunca ha tenido otro novio. Me puedo imaginar cómo sería crecer en una familia completa. Pero no es lo mismo. Me hice independiente desde pequeño, he aprendido que tener a personas muy cerca es muy bonito, pero tampoco es necesario. En cuanto a mi independencia relacional, mis amigos españoles me podrían caracterizar como típico tío frío del norte.

Sabemos muy bien que el mundo que construimos durante nuestra infancia es muy importante para establecer nuestra personalidad y para relacionarnos con otras personas. Las narraciones que nos contamos a nosotros mismos, las narraciones de nuestros familiares, las maneras para enfrentar un contratiempo en la vida, etcétera. Todo eso nos da herramientas, nos da estructura, nos da una cierta certeza, y nos da pautas de cómo actuar en nuestro mundo.

Otra cosa de la que somos conscientes es que esta estructura, estas herramientas y certeza también pueden resultar problemáticas. Si no tenemos la suerte de aprender a adoptar diferentes

perspectivas desde las que puedes observar la situación en la que te encuentras y diferentes maneras de manejar un contratiempo, corremos el riesgo de que nuestro contexto resulte un obstáculo. En la Terapia de Aceptación y Compromiso (la ACT), hablan de la flexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012). Dicen que los clientes siempre tienen que ver con una flexibilidad psicológica limitada. Es decir, cuando eres suficientemente flexible puedes buscar y encontrar una solución para tu problema. Acudir a la consulta de un terapeuta significa que, al menos en cuanto al problema presentado, estás rígido en este aspecto. Aunque la ACT sobretodo habla de procesos intrapsíquicos, creo que esta idea se puede aplicar también a los procesos relacionales. Según Hayes et al. (2012) nuestra habilidad cognitiva de pensar, analizar y prever es tanto un regalo como una trampa. Es un regalo porque gracias a esta habilidad hemos inventado cosas increíbles en el área de la medicina, la tecnología y hasta la navegación espacial.

Es una trampa porque podemos empeñarnos en analizar el pasado e imaginar el futuro. Así corremos el riesgo de prestar mucha atención a lo que no está presente, a expensas de las cosas importantes que están pasando ahora. No solo perdemos la oportunidad de reaccionar más adecuadamente a la vida presente, también podemos estar atascados en la frustración de la impotencia de cambiar el pasado y de controlar el futuro. Muchas veces es lo que pasa con nuestros clientes, de una u otra manera, están tan enfocados en su propia historia y en los acontecimientos de su vida, con todas las consecuencias que eso conlleva, que no pueden tomar distancia de su propia situación para poner en un contexto más amplio lo que les pasó y lo que pueden hacer o cambiar.

El trabajo importante en la ACT es realizar lo llamado “defusión”. Para corregir el problema del sobre apego al contenido de la actividad mental (fusión), la ACT enseña al cliente a dar un paso atrás y observar los acontecimientos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones) como son (experiencias pasadas), y no lo que te dicen que son: verdades absolutas que organizan el mundo. Este proceso se llama ‘defusión’ y se enfoca en los aspectos verbales de la experiencia humana (Hayes et al., 2012).

Traducido a la situación del contexto de una familia, Andolfi (1983) ha mencionado el proceso de la homeostasis que podría resultar en la rigidez de la familia. Es decir, los familiares tienden a mantener los patrones habituales como eran, aunque sean patrones contra productivos incluso disruptivos, en lugar de esforzarse para cambiarlos. Si algún miembro de la familia intentara cambiar, significaría que los otros tendrían que cambiar también. Y según los principios de la homeostasis eso no puede pasar. Los familiares, inconscientes de las fuerzas de la homeostasis, se comportarían de tal manera que al final en la familia no habría cambiado nada.

Eso mismo pasará en la consulta cuando el terapeuta intente ayudar a cambiar algo en la familia. Significaría que ahora el terapeuta tendría el honor de establecer un cambio. Sin embargo, también en su caso los familiares actuarían de tal manera que no cambie nada. Así que, la tarea del terapeuta es romper la homeostasis. Según Andolfi (1983) la manera de lograr eso es dando la razón a todos los miembros de la familia. No solo dando la razón, sino también exagerando la importancia de continuar actuando como antes. Así el terapeuta aumentará la crisis en la familia hasta que un cambio en los patrones ocurra, entonces romper la homeostasis, es preferible que quedarse en la crisis.

En la terapia provocativa tampoco ofrecemos consuelo y buenos consejos. Lo que ofrecemos a nuestros clientes es una mezcla entre el buen contacto, el humor y el desafío. Aumentamos la crisis interior, usamos el humor y establecemos que los clientes salgan confusos, así que tienen que pensar sobre sí mismos desde una nueva perspectiva, digamos desde nuevos contextos en los que un cambio es mejor que la homeostasis. Romper la homeostasis, crear la defusión, aumentar la flexibilidad psicológica y la flexibilidad relacional.

En la terapia provocativa existen diferentes maneras para incorporar el humor y el desafío. Una de ellas es utilizar el apodo provocativo.

- *El apodo provocativo*

Una técnica que utilizamos habitualmente es el uso de un apodo para el cliente. Tan pronto como te surja un apodo desafiante y/o humorístico puedes usarlo. Prestando más atención a la información no verbal y las posibles incongruencias entre la información verbal y no verbal, los apodos salen bastante fácil. En el caso de Dolores, la protagonista en el capítulo uno del libro sobre la terapia provocativa (Sarink, 2019), me surgió la imagen de una anciana sentada detrás de los geranios o de la vieja del visillo. A partir de ese momento, apliqué el nombre muy frecuentemente. Un apodo provocativo funciona muy bien cuando es un mini resumen del problema del cliente. Dolores tenía miedo de perder la energía y las ganas de ser activa y de envejecer demasiado pronto. Pero también el apodo debe contener algo de humor y debe ser utilizado de manera divertida. Así, el apodo no solo activa el problema emocional (el miedo en este caso), sino también hace que el cliente se ría. Esta combinación es muy importante y poderosa en la terapia provocativa. Cuando puedes reírte de tus problemas, tus errores y tus fracasos en la vida, ya el problema no pesa tanto como antes. Por eso podemos decir que el humor se usa como contra condicionamiento para el efecto de las preocupaciones en el estado emocional de la gente. Durante las sesiones, el cliente entra en un estado de ánimo alegre y de buen humor. Así que no solo cambia el estado de ánimo en sí, sino también el punto de vista con el que analizar los problemas y los pensamientos y la actitud para buscar posibles soluciones. Después de las sesiones es casi imposible evitar este buen humor preocupándose por otras cosas. El apodo del cliente es una manera simple y eficaz para evocar este cambio de ánimo. Ejemplos de apodos provocativos son: Cristina la Culpable, Carlos el Ausente y Paula importa Poco.

- *Como el abogado del diablo, 'no entender' al cliente*

El supuesto provocativo 6 trata de la lucha interior de los clientes. Partimos de la idea de que cada cliente trae una lucha interior a la consulta que existe desde al menos dos lados: un lado del cliente quiere un cambio. De otro modo no habría buscado a un terapeuta. Al otro lado algo en el cliente le impide cambiar. Si no, no haría falta buscar un terapeuta tampoco. Por la lucha interior del cliente sabemos que siempre hay más lados de la historia del cliente. Si dice que quiere cambiar, sabemos que al mismo tiempo existe algo en el cliente que le dice “No puedes cambiar” o “No me atrevo a cambiar” o algo de este estilo. Si se trata de una familia o pareja hay aún más ambivalencia presente en la consulta. Lo que podemos hacer sabiendo todo eso es llegar a conclusiones claramente equivocadas, que son al contrario de las conclusiones del cliente mismo. Aunque son claramente equivocadas, también tienen que contener una verdad o mejor dicho otra realidad. Y saliendo de la lucha interior solo hay que buscar argumentos como el abogado del diablo para defender el otro lado del cliente. El resultado es: la confusión del cliente, el cliente va al grano repitiendo el meollo de su problema, y el cliente va a defenderse. El terapeuta provocador hace el tonto empeñándose en llegar a la conclusión equivocada hasta que el cliente le ha convencido suficientemente con su propia conclusión. Muy frecuentemente los clientes ya tienen que reírse por el mero hecho de que tienen que verse con un terapeuta ‘muy especial’. Dos técnicas que ayudan mucho aplicando el humor como el abogado del diablo son *la exageración* y *el hacer teatro* que es una forma de la exageración. Utilizamos la fuerza de la incongruencia de nuestro papel esperado del terapeuta que sirve para ayudar al cliente, y el papel inesperado del abogado del diablo. La incongruencia ayuda mucho en establecer la confusión en el tratamiento provocativo. Pero solo cuando hay suficiente incongruencia, cuando queda muy claro que el terapeuta (probablemente) no está en serio cuando llega a las conclusiones extrañas. Para mostrar que de verdad no estamos tan en serio exageramos nuestras historias dando explicaciones absurdas al cliente. Incluso hacemos teatro para que el cliente tenga que reírse mucho y sepa que no estamos en serio. Al mismo tiempo utilizamos argumentos que provienen de la lucha interior del propio cliente. Entonces sí, el cliente tiene que tomarnos en serio.

Un aspecto importante es que las técnicas provocativas, como estas de humor, las aplicamos sistemáticamente. No solo una vez cada tres sesiones, sino cada sesión constantemente.

5. RIESGOS DEL USO DEL HUMOR Y DESAFÍO EN LA TERAPIA

Una preocupación que tienen algunos terapeutas cuando descubren por primera vez el planteamiento provocativo es: “¿No corremos el riesgo de insultar a los clientes, de que se enfaden?” Por supuesto es un riesgo aplicar el humor y el desafío. Por eso, es muy importante siempre cuidar una buena mezcla del buen contacto, el humor y el desafío. El fundador de la terapia provocativa en los Estados Unidos, Frank Farrelly, trabajó como terapeuta humanista antes de desarrollar su propia terapia. Como terapeuta con amplia experiencia en la terapia centrada en el cliente pudo establecer muy buena comunicación con los clientes, saber cuál fueron los problemas centrales de ellos y salir de las vivencias de los clientes para ser el mejor abogado del diablo posible. Saliendo de las vivencias de los clientes se sienten reconocidos en vez de insultados. Otra vez tiene que ver con la lucha interior de los clientes. Como abogado del diablo el terapeuta provocador sabe perfectamente cual es la ambivalencia del cliente y utiliza los elementos para enfrentarse, con una sonrisa puesta, al cliente. Así que, el cliente siempre entenderá que las provocaciones provienen desde sí mismo y el terapeuta solo es el vehículo gracioso o a veces incordiante para llevarle el mensaje.

6. CONCLUSIÓN

El planteamiento provocativo no es el único que habla del uso del humor o del desafío. Otros autores, otras terapias y otros terapeutas utilizan los dos también. La diferencia es que en la terapia provocativa se utilizan sistemáticamente con un objetivo en la mente: no una solución, sino la incongruencia y por eso la confusión en las sesiones. Con ellas sí esperamos un cambio en el cliente, la pareja o la familia. Si nos enfocásemos en el objetivo de conseguir un cambio prestaríamos más, incluso demasiada atención al resultado. Significaría que dejaríamos utilizar el humor y el desafío para conseguir la confusión. Y así seríamos menos efectivos. Parece el mundo al revés. Y así es. A veces necesitamos vernos al revés para ver más claro quienes somos y como podemos realizar un cambio de verdad.



- Andolfi, M. (1983). *Behind the Family Mask: Therapeutic Change in Rigid Family Systems*. New York: Brunner/ Mazel.
- Farrelly, F., y Brandsma, J. (1974). *Provocative Therapy*. Capitola: Meta Publications Inc.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press. Second edition.
- Sarink, F. (2019). *La Terapia Provocativa*. Alcalá Real: Formación Alcalá.

Diagnostic interview protocol in couples therapy

Sandro Giovanazzi^a

^aEscuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones. Universidad Santo Tomás, Chile.

Correo: sgiovanazzi@santotomas.cl

Historia editorial

Recibido: 01-09-2020

Primera revisión: 31-10-2020

Aceptado: 30-11-2020

Resumen

La evaluación y diagnóstico de las parejas han sido una temática discutida en los escritos de terapia de pareja, sin embargo, aun se debate la forma y los contenidos o focos terapéuticos que debería tratar. Es por esto, que en este artículo abordaremos esta cuestión así como los elementos que son propios de una organización funcional y adecuada de una solicitud de terapia de pareja y un cierre de esta en una devolución diagnóstica.

Palabras clave

diagnóstico, parejas, protocolo, focos terapéuticos

Abstract

The evaluation and diagnosis of couples have been a subject discussed in the writings of couple's therapy, however, the form and contents or therapeutic focuses that it should treat are still debated. It is for this reason that in this article we will address this issue as well as the elements that are typical of a functional and adequate organization of a request for couples therapy and a closure of this in a diagnostic return.

Keywords

diagnosis, couples, protocol, therapeutic focuses

La terapia de pareja es, sin duda, un campo de acción para los terapeutas muy atractivo, pero a la vez requiere bastante entrenamiento. Generalmente los programas curriculares tanto de psicología como de especialización en terapia familiar, no hacen alusión al tema, o si lo hacen lo realizan dando una mirada superficial a la temática.

Desde la experiencia clínica el realizar la labor de psicoterapeuta en casos de parejas, nos pone entre “dos mundos” generalmente similares o en algunos casos muy diversos; el mundo de la pareja se hace cuerpo en la clínica de parejas, transformándose dos individualidades en un tercero, en una relación.

La evaluación y diagnóstico de las parejas han sido una temática discutida en los escritos de terapia de pareja, sin embargo, aun se debate la forma y los contenidos o focos terapéuticos que debería tratar. Es por esto que, en este artículo abordaremos esta cuestión, así como los elementos que son propios de una organización funcional y adecuada de una solicitud de terapia de pareja y un cierre de esta en una devolución diagnóstica (Zicavo y Vera, 2011).

Dentro de los objetivos de las entrevistas diagnósticas en terapia de pareja se encuentra el generar una relación terapéutica adecuada, donde se genere un clima de ayuda y ambos miembros de la pareja se sientan validados en sus planteamientos. Asimismo, se pretende encuadrar las normas de funcionamiento del proceso diagnóstico y de la terapia, situación que hace que ambos miembros de la pareja tengan certezas de la estructura del proceso desde un inicio, lo que hace reducir las fantasías en relación a este procedimiento.

Otros objetivos de las entrevistas diagnósticas, y que son compartidos por varias escuelas de terapia de pareja, es el guiar a la pareja a tomar conciencia de sus problemas y comprenderlos, atendiendo las demandas de ambos miembros de la pareja; sumado a esto se pretende también operativizar los problemas genéricos traduciéndolos a conductas problemáticas concretas.

Como objetivos esenciales para el diagnóstico y tratamiento en la pareja, creemos relevante plantear los aspectos positivos de la pareja, que sirven como punto de partida para el desarrollo de una buena relación. Estos elementos actúan como un equilibrio con aquellos elementos que no funcionan y/o se encuentran debilitados en la pareja.

Finalmente generar un planteamiento de objetivos en común con la pareja, y el surgimiento de hipótesis explicativas del problema por parte del terapeuta, le entregaran a la pareja una visión más amplia de la queja individual, iniciando el camino a una comprensión relacional del problema.

LA DERIVACIÓN Y LA PETICIÓN DE AYUDA

Las parejas nos proponen desde un comienzo ciertas “trampitas” que de no tener cuidado en nuestro actuar terapéutico, podemos caer fácilmente en ellas. Estas comienzan desde mucho antes de encontrarnos físicamente con ellos, aparecen desde la petición de ayuda.

El proceso de decantación de la construcción de la ayuda terapéutica comienza cuando se genera un “desequilibrio” de la estabilidad relacional de la pareja. Ya sea por una situación traumática que ocurra en su relación, como por ejemplo el descubrimiento de una infidelidad o por una acumulación de dolor psicológico en ellos como es el caso de un problema en la sexualidad, lo que hace que emerja esta idea inicial de que necesitan ayuda. Indudablemente siempre esta necesidad de ayuda es más visible para un miembro de la pareja que para otro, y la experiencia clínica, nos refiere que el que busca esa ayuda es el que más quiere “salvar la relación”, o el que ha cometido la “transgresión relacional”.

Por lo anterior, siempre la búsqueda de ayuda conlleva una manifestación del juego sistémico de la pareja, es decir, la búsqueda de aliados ante una situación inestable a nivel relacional o una toma de posición ante un conflicto (Silvina et al., 1988). En este sentido en la decantación de la necesidad de ayuda, aparecen personas tanto de la familia de origen como de la familia extensa, y

asimismo profesionales de la salud, que van tomando partidos por uno o por otro miembro de la pareja, de manera consciente o inconsciente, lo que va afectando para que la pareja llegue finalmente a la consulta con el psicoterapeuta.

Un aspecto relevante y que tiene efecto en que se genere finalmente la búsqueda profesional de ayuda, es que durante este proceso de decantación en algunas oportunidades la pareja intenta por ellos mismos resolver la situación o generan movimientos de reparación, que hacen por algún tiempo olvidar el conflicto. Cuando estos movimientos naturales no son efectivos, finalmente se puede generar el encuentro formal con el terapeuta.

Lo anterior va a influir en la asimetría estructural, que es el requerimiento necesario para establecer una relación de ayuda adecuada, positiva y sana, es decir, es el momento donde los pacientes otorgan a otro, las competencias profesionales para que se les brinde ayuda y además es en donde se genera la reflexión por parte de ellos, de que ya no pueden solucionar sus problemas ellos mismos (Tapia, 2001).

PROPUESTA PARA UN ENCUENTRO TERAPÉUTICO

En relación a los primeros encuentros con una pareja, proponemos que es útil y orientador plantear un protocolo de entrevista diagnóstica para la pareja, que nos proporcione, en primer lugar, una clarificación de la demanda o solicitud de ayuda que ellos nos plantean, y nos focalice los factores relacionales debilitados como los fortalecidos de ellos. Todo esto para tomar una decisión terapéutica, de si es viable o no una terapia de pareja en el momento de la consulta.

UN PROTOCOLO DE 4 ENTREVISTAS INICIALES

En este protocolo se plantean cuatro entrevistas iniciales diagnósticas, la primera con la pareja en conjunto, la segunda con uno de ellos, la tercera con el otro miembro de la pareja y la cuarta con ambos miembros en una devolución final del proceso.

PRIMERA ENTREVISTA EN CONJUNTO

En esta primera entrevista se realiza el encuadre inicial del proceso de evaluación diagnóstica, en donde se explicitan las convocatorias y las temáticas generales de que se tratarán cada una de las entrevistas, con el énfasis en la devolución, y donde se plantea la opinión profesional de si es factible la realización de una terapia o es más viable en ese momento una derivación a otros espacios de ayuda, como lo es por ejemplo un proceso terapéutico individual o familiar.

Otro aspecto del encuentro, y que es fundamental en la evaluación y posible terapia, es la alianza o alianza de trabajo terapéutico, que se entiende como la posición equidistante que debe adoptar el terapeuta en relación a ambos miembros de la pareja. Asimismo, esta alianza está referida al reporte subjetivo que cada uno de los pacientes realiza en su percepción de sentirse más cercano o más lejano en relación al terapeuta. Ahora bien, esta alianza también está referida al reporte subjetivo de parte del terapeuta en relación a la sensación de cercanía o distancia en relación a ambos miembros de la pareja.

Dentro de esta primera entrevista, la etapa social nos ayuda a observar el “despliegue del juego sistémico” que cada uno de los miembros de la pareja realiza en relación al terapeuta, y a ellos mismos. Es en esta etapa social donde el lenguaje analógico aparece fuertemente como información para el terapeuta. Las cercanías o distancias de las sillas en el espacio terapéutico, las posiciones de ellos en el espacio terapéutico, la forma en que se observan y en la forma que observan al terapeuta, los micro gestos, nos arrojan también información para empezar a generar hipótesis relacionales.

El genograma de ellos es una buena forma de fortalecer esta etapa social además de conocer información significativa en relación a la composición de la familia tanto nuclear como extensa. Información relativa a aspectos de los antecedentes de salud física como psicológicas, nos pueden ayudar a ir focalizando los “emergentes” de cada uno, es decir, los aspectos en los cuales ellos se

centran en su preocupación, y cómo van relatando su “cuento o historia” en relación a si hay acuerdos, o por el contrario empieza a aparecer alguna sutil diferencia entre ellos.

Después de los momentos del encuadre y la etapa social focalizaremos con ellos la decantación de la construcción de la consulta terapéutica, es decir, desde cuando estaban pensando en consultar y cómo es que ellos llegan a solicitar la ayuda terapéutica. En esta parte aparece lo que le llamamos la “línea de tiempo de los síntomas o sufrimiento” en la pareja, el momento en que empezó todo a cambiar, los momentos de conflicto, o de traumas más relevantes y visibles, o los traumas más sutiles y ocultos. Al respecto, algunos narrativistas han denominado a esto el “quiebre biográfico”, es decir, el momento de la historia donde ubican temporalmente este surgimiento de sufrimiento y que se relaciona con la idea de que todo iba bien en la pareja hasta que pasó algo, un quiebre en su equilibrio, que quizás no se superó, o se quedó ahí y se fue sumando y el tiempo hace que “explote” nuevamente en estos momentos.

Un foco en la observación en la primera entrevista es el funcionamiento sistémico de ellos como pareja. Esto hace alusión a las calidades de las relaciones intrafamiliares, a la correcta adecuación del sistema pareja conyugal al ciclo vital en el cual se encuentran, es decir, la adaptabilidad de la pareja a este ciclo vital, y en donde los procesos tanto de contención emocional como los de resolución de conflictos actúan de manera equilibrada.

En la construcción del problema que hace cada uno de los miembros de la pareja, nos muestra su visión del problema, donde generalmente es una visión lineal, la cual es propia de esta primera etapa del tratamiento de pareja. Cabe consignar que un objetivo importante en la terapia de pareja, es que la pareja pase de una mirada lineal en la explicación del problema a una visión relacional del problema, donde cada uno se pueda incluir en la explicación de la conducta del otro.

También las temáticas (contenidos) emergentes de conflicto para cada uno de los miembros de la pareja, es un objetivo relevante en esta primera entrevista. En ella podemos apreciar cuan común son estos, o cuan diferentes se construyen. Debemos observar si creen que hay algún tema de pareja que sea crucial de intervenir en primera instancia, es decir, que aparezcan como esenciales para cada uno de ellos.

Reforzando lo anterior, y cuando atendemos parejas con alta expresividad emocional, y que en algunas ocasiones los conflictos se tornan al “rojo vivo”, debemos evaluar de si existe riesgo en estos conflictos, y debemos apuntar a entregar alguna indicación de las maneras alternativas que podrían implementar ellos, para que estos conflictos no aumenten en su gravedad.

Cuando hablamos de emociones en las parejas, la inteligencia emocional de cada uno de ellos es un factor que evaluamos. Al respecto, la inteligencia se ha definido como un potencial biopsicológico que puede ser influenciado por la experiencia, la cultura y factores motivacionales. Asimismo, se relaciona con la habilidad para resolver problemas y adaptarse a los elementos valorados por la cultura. Visser, Ashton y Vernon (2006) proponen ocho tipos de inteligencia: lingüística, espacial, lógico/matemática, interpersonal, intrapersonal, kinestésico-corporal, y musical; recientemente incorporó la inteligencia naturalista.

En la misma línea del concepto de inteligencia como habilidades y adaptación, aparece el concepto de inteligencia emocional, que comprende aptitudes como las habilidades sociales. Se pasa a tener en cuenta el plano emocional, como el optimismo, la motivación, el autocontrol, no sólo el éxito profesional. La inteligencia emocional está en la base de muchos procesos físicos, existiendo un vínculo fisiológico entre las emociones y el sistema inmunológico, no como entidades independientes sino capaces de influirse mutuamente (Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía, 2011).

El cultivo de una competencia emocional desarrollada y oportuna, contribuye en definitiva a potenciar la inteligencia, entendida en sentido amplio. No hay vida mental sana, ni siquiera a nivel de funcionamiento intelectual, en condiciones de disfunción emocional importante (Navas, 1999).

El estudio sobre regulación emocional y manejo de emociones ha generado un gran interés en las últimas décadas. Aunque el análisis de la interrelación entre las emociones y la inteligencia no

es nuevo, el constructo inteligencia emocional (IE) ha generado una creciente área de investigación en la que se han desarrollado diversos modelos teóricos (Bar-On, 2000; Goleman, 1998; Mayer y Salovey, 1997).

Otro foco de interés en la primera entrevista, son los sucesos significativos que están viviendo o que han vivido los miembros de la pareja. Al respecto, a lo largo de la vida el ser humano está expuesto a diversas situaciones que ocurren de forma inesperada y que provocan cambios o reajustes para el sujeto, pudiendo alterar el estado físico y/o psíquico de la persona que las vivencia (Goodyer, 1990). Estas alteraciones han sido denominadas “life events”, acontecimientos vitales o sucesos significativos.

Los sucesos significativos pueden ser: por un lado, normativas del desarrollo -por ejemplo, egreso de la educación escolar de un hijo- y por el otro, no normativas -como por ejemplo, divorcio de padres-; pudiéndose diferenciar de otras circunstancias de vida por su carácter temporal, ya que a pesar de que los sucesos significativos generan un desbalance emocional, se presentan en un momento dado y no son de carácter permanente (Goodyer, 1990).

En relación a lo anterior, Mardomingo (2010) plantea que todos los sucesos significativos generan estrés, ya que todo aquello que requiere adaptación por parte del sujeto implica ciertos niveles de estrés. Es por ello que tanto los sucesos significativos positivos -por ejemplo, ascenso en el trabajo, viaje- como los sucesos significativos negativos -como por ejemplo, divorcio, mudanza- pueden generar estrés, y crisis en las parejas, pero también pueden activar lo que llamamos las “fortalezas familiares”.

Otros autores como Moos (1995), mencionan que los sucesos significativos pueden alterar el bienestar del sujeto, dependiendo del carácter adaptativo o desadaptativo que estos tengan para el mismo.

Con respecto al malestar, se ha planteado la relación de los sucesos significativos y la presencia de alteraciones clínicas psicológicas en las personas que vivencian estos eventos, especialmente por modificaciones del estado de ánimo como con la ansiedad (Weller y Weller, 2000). En este sentido, Zhang (2013) ha señalado que los sucesos significativos negativos generan un aumento de los síntomas internalizantes en las parejas, por lo que es de real interés la búsqueda de esos sucesos significativos estresantes en las entrevistas con parejas, para poder apreciar los cambios que se generan en la pareja y en sus relaciones.

Los sucesos significativos negativos son entendidos como las situaciones particulares o únicas que, al ser de carácter indeseable, requieren ajustes de la vida cotidiana de una persona produciendo niveles de estrés importantes. Por lo tanto, son situaciones específicas percibidas como amenazantes y que pueden resultar en un estrés crónico si son mantenidas en el tiempo o no tratadas adecuadamente en su significancia y ajuste cotidiano.

En esta entrevista en conjunto, un aspecto relevante que se debe trabajar es la “Línea de vida” de la pareja, y que tiene por objetivo ordenar cronológicamente las fechas clave para el inicio y el mantenimiento del problema. En esto se observa en qué momento de su vida de pareja ubican el surgimiento del malestar en pareja, y cual es la intensidad y la frecuencia de este malestar en el tiempo.

Se le suma a la línea de tiempo de la pareja, el registro de actividades semanales que la pareja realiza en conjunto, esto se realiza para observar las áreas en común que la pareja comparte, el tiempo que pasan en conjunto y cómo es la calidad de este tiempo. Con esto podemos observar los intercambios de conductas en la pareja (Snyder, 1997)

Los objetivos terapéuticos que tienen cada uno de ellos, es un marcador importante de la idea de iniciar o no un proyecto terapéutico en conjunto. Si ambos comparten un objetivo en común al venir a consulta, claramente la terapia de pareja aparece como una adecuada opción, por el contrario, si los objetivos no son compartidos y/o poco claros, hará que la ayuda terapéutica de pareja se retrase en iniciar hasta que se clarifique o tome otro camino.

Finalmente la entrega de alguna escala de pareja, como la Escala de ajuste diádico (Spanier, 1976), para conocer los acuerdos o desacuerdos de la pareja en diferentes áreas, es un recurso tera-

LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES

En las entrevistas individuales, debemos empezar por evaluar la alianza en relación a la primera entrevista en conjunto, y además encuadrar este momento a “solos” con el terapeuta. Al respecto, la confidencialidad emerge como un elemento que debemos recordar y fortalecer.

La historia vincular primaria de las relaciones amorosas que ha tenido la persona se deben profundizar, donde se explora principalmente la forma de inicio y términos de sus relaciones previas a la actual. Esta relación vincular en la construcción amorosa, también nos dirá mucho de los vínculos primarios relacionados con su familia de origen, así como su modelos de pareja “heredados” de su historia vincular.

Otro aspecto que es necesario explorar en este encuentro son los antecedentes premórbidos previos a la relación de pareja. Alguna enfermedad psicológica que haya aparecido en él/ella o en su familia de origen.

Sumado a lo anterior, a nivel de historia de la familia de origen, la relación de pareja que sus padres tuvieron, el modelo que él o ella ha construido en base a esta historia, se explora en esta entrevista individual.

Finalmente, en esta entrevista individual, se exploran los posibles secretos, las expectativas que tiene en relación a su pareja, el posible resentimiento hacia la otra persona, y lo que piense que es más difícil de lograr en una posible terapia de pareja, teniendo en cuenta el conocimiento de la otra persona.

LA DEVOLUCIÓN

La devolución es el momento del terapeuta, que viene a culminar el proceso inicial diagnóstico, donde se plantean los siguientes aspectos:

- Análisis de la demanda o solicitud de ayuda inicial.
- Explicación individual v/s explicación relacional de la queja inicial.
- Análisis de los objetivos terapéuticos de la pareja.
- Análisis de la urgencia de la solicitud.
- Temáticas emergentes como foco terapéuticos.
- Posible contrato terapéutico con la pareja.

Esta devolución si bien es cierto se realiza de manera verbal, también se puede reforzar de manera escrita. Al respecto, se puede realizar un informe diagnóstico relacional, o una carta de manera más coloquial de lo que se ha observado en este proceso diagnóstico.

ALGUNOS MODELOS CLÍNICOS PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL EN PAREJAS

LA PSICOLOGÍA POSITIVA DE PAREJA

Otra área de observación en las relaciones de pareja son los lados fuertes de ellas, donde la psicología positiva de pareja aparece como un referente teórico importante para esta búsqueda.

La psicología positiva nace como el estudio del bienestar psicológico como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas (Mariñelarena y Gancedo, 2011). La psicología positiva estudia las bases de la felicidad y el bienestar psicológico con el objetivo de ver las capacidades y fortalezas de las personas y qué efecto produce en ellas y en sus relaciones (Cuadra y Florenzano, 2003).

Si observamos estos aspectos en la historia de la pareja, nos facilita el surgimiento de relevantes elementos de fortalezas individuales, pero sobre todo fortalezas relacionales (Goleman, 2001). Estas tienen como bases los estados psicológicos positivos, que se caracterizan por parejas que tienen confianza en el otro, hacen atribuciones positivas sobre el éxito actual y futuro de la relación,

además perseverar en la búsqueda de los objetivos comunes de la pareja y, a pesar de estar acosado por los problemas, se fortalecen en la adversidad (resiliencia) para alcanzar el éxito (Zacarías, 2011).

El foco que se da a las áreas positivas de las parejas le solemos llamar como mencionamos anteriormente “las fortalezas familiares”, que se refieren a las áreas libres de conflicto que aparecen en la historia de la familia de origen de cada uno de los miembros de la pareja y además con las historias de ellos como pareja, donde surgen capacidades y fortalezas, en diversos ámbitos, pero sobre todo en la resolución de conflictos, en la expresión de afecto y en los estilos de vinculación emocional, y que al ser relatadas por las personas, les genera una sensación de orgullo y los carga de identidad, y lo más significativo es que les puede ayudar a salir o resolver un problema en la actualidad.

LAS PSICONARRACIONES COMO TÉCNICAS ACTIVAS

Las Psiconarraciones son escenas nodales de la historia de cada pareja cargadas de sentido y de significados para los protagonistas. Actúan dando un sentido de continuidad histórica, de proyección, y reafirmando la base identitaria del sujeto (personal, de pareja o de familia). Además al ser relatadas, se cargan de emocionalidad, permitiendo pensarse a sí mismo, como también respecto de los otros significativos (Giovanazzi, 2011).

En las psiconarraciones se pueden apreciar ejes centrales y ejes periféricos de un relato/escena. Los primeros, los ejes centrales, van pautando nuestro estar en la vida, por lo que son elementos constitutivos de la identidad individual, de la pareja o de la familia. Por otra parte, en los ejes periféricos encontramos narraciones o escenas que están referidas a elementos de menor carga identitaria de/las personas, que son contextuales del relato o escena. Estos ejes periféricos se suman a los ejes centrales y permiten completar el eje central (Giovanazzi, 2011).

Técnicamente las ventajas de una construcción terapéutica de este tipo, radica en el hecho que el paciente puede observarse desde “dentro y fuera” de la escena, esto se logra gracias a que elabora su relato desde distintos niveles; primero como el autor de una novela, luego como protagonista de la misma, ubicándose en relación con los otros, y finalmente como un espectador de una película o de una obra de teatro. Esto posibilita el darle sentido emocional, cognitivo, y pragmático a lo que aprecia, por ejemplo, el efecto de el/ella en sus relaciones interpersonales (Giovanazzi, 2011).

Las Psiconarraciones están conectadas con diversas temáticas de la vida de una persona, tanto del universo sintomático como de las experiencias de fortalezas.

LA MÁSCARA DE LA PAREJA

Las Máscaras son definidas como una técnica activa en psicoterapia. Son parte de los “objetos intermediarios”, que son todos aquellos objetos que se introducen y se utilizan como mediadores en el proceso comunicacional con un sujeto en sus relaciones.

Cuando pensamos en la máscara sistémica de la pareja, reflexionamos que siempre comunicamos algo aunque callemos. Planteamos que dentro de las funciones de las máscaras sistémicas se encuentran desenmascarar el juego relacional de la pareja, mostrándonos lo que muchas veces silencian, llevándonos a un mundo representacional de sus vínculos, dolores y fortalezas.

Las máscaras con las parejas pueden ser utilizadas en la primera entrevista, para tener un diagnóstico a través de ellas. Se utilizan para identificar emocionalidad, pensamientos, sensaciones en relación a ellos mismos como parejas o cada uno en relación al otro.

Asimismo, se pueden utilizar en la sesión inicial de pareja, para identificar roles en la pareja y apreciar de estos, cuales son los conflictivos o se relacionan con el motivo de consulta.

La máscara sistémica de la pareja en una primera entrevista estará orientada al momento presente de la pareja y a la identificación de un síntoma relacional en conjunto. Esta máscara puede aparecer en esta sesión inicial, creando un elemento plástico que los conecte, que los identifique, y en donde aparece también una narrativa relacional que aporta a comprender su vivencia presente.

Finalmente las técnicas activas de la que son parte las máscaras, le entregan al terapeuta una forma de entrar en el universo relacional de la pareja, que es menos amenazante y directa, y en donde

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence. Insights from the emotional quotient inventory. En: Bar-On, R. y Parker, J. D. A. (eds). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development assessment and application at home, school and in workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bas. 363-88.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una Psicología positiva. *Revista de psicología*, 12(1), 83-96.
- Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía (2011). La Inteligencia Emocional. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 12.
- Giovanazzi, S. 2011. Las psiconarraciones en psicoterapia de pareja. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales, REDES*, 26.
- Goodyer, I. (1990). Annotation: Recent Life Events and Psychiatric Disorder in School Age Children. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 31(6), 839-848. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00828.x>
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (2001). What makes a leader?. *Harvard Business Review*, November December.
- Mariñelarena, L y Gancedo, M. (2011). La Psicología Positiva: Su primera década de desarrollo. *Revista Científica de Psicología, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis- Facultad de Ciencias Humanas*, 2(1), 9-22.
- Mardomingo Sanz, M. (2010). *Psiquiatría para padres y educadores*. Madrid: Narcea.
- Moos, R. (1995). Development and Applications of New Measures of Life Stressors, Social Resources, and Coping Responses 23rd International Congress of Applied Psychology in Madrid, Spain, July 1994. *European Journal Of Psychological Assessment*, 11(1), 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759.11.1.1>
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators (331)* Nueva York: Basic Books.
- Navas, M.J. (1999). Un siglo utilizando test. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 4(2), 1-12.
- Silvina Palazzoli, M., Cirillo, S., Silvina, M., Sorrentino, A.M. (1988) Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós.
- Snyder, D. K. (1997). *Manual for the Marital Satisfaction Inventor* (revised). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-28.
- Tapia, L. (2001). Algunas consideraciones para una terapia de pareja basada en la evidencia. *Revista de familias y terapias*, 9(14-15), 7-30.
- Visser, B., Ashton, M., y Vernon, P. (2006). Beyond g: Putting multiple intelligences theory to the test. *Intelligence* 34 (5), 487-502.
- Weller, A., y Weller, B. (2000). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J. Child Psychol Psychiatry*, 40(6), 929-939.
- Zacarias, J. (2011). La pareja Posmoderna: Efectos y Tendencias. *Estudios en Ciencias Sociales y Administrativas. Universidad de Celaya, Estudios en ciencias sociales y administrativas de la Universidad de Celaya (1),1*, 143-152.

- Zhang, S. H. (2013). Prenatal anxiety and cesarean section with non-medical indication. *Journal of Central South University. Medical Sciences*, 38(10),1070-1074. 103
- Zicavo, N y Vera, C. (2011). Incidencia del ajuste diádico y sentido del humor en la satisfacción marital. *Revista de Psicología. Universidad César Vallejo*, 13, (1), 74-89.

Relational Photograms: Reframing techniques to achieve the “cognitive shaking up”

Alejandra González Monzón^a

^aColaboradora docente de la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Escuela Sistémica Paraguaya.
Correo electrónico: gonzalezmonzonalejandra@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 14-09-2020
Primera revisión: 31-10-2020
Aceptado: 30-11-2020

Palabras clave

circularidad, redefinición,
técnicas, pauta

Resumen

Se describen técnicas verbales y activas para reestructurar el problema en términos circulares, comparándolas con el fotograma que en el mundo cinematográfico es definido como la sucesión de imágenes particulares y estáticas que generan sensación de movimiento. El objetivo de estas técnicas es conectar, como en un fotograma, las definiciones iniciales del problema o cada una de las puntuaciones de hechos, presentadas como imagen o escena individual, por parte de cada uno de los miembros de la familia.

Abstract

Verbal and active techniques are described to reframe the problem in circular terms, comparing them to photogram, which in the cinematographic world is defined as the succession of particular and static images that generate a sensation of movement. The aim of these techniques is to connect, as in a frame, the initial definitions of the problem or each of the fact scores, presented as an individual image or scene, by each of the family members.

Keywords

circularity, redefinition,
techniques, relationship pattern

El objetivo principal de esta propuesta de intervención es lograr la reestructuración circular del problema inicial que plantea la familia, la pareja o el paciente. Combina principalmente dos bases teóricas importantes: la técnica cognitiva de la reestructuración y uno de los principios de la Teoría General de los Sistemas que es la circularidad.

Para Navarro Góngora (1992), las intervenciones cognitivas apuntan a que el cliente cambie la forma en que ve su síntoma. Watzlawick y Nardone (1995) sostienen que la reestructuración consiste en codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona, en cambiar los marcos en los que se inserta este significado para que, a partir de ahí, cambie el mismo significado del problema. Por otra parte, la circularidad es definida por Watzlawick, Bavelas y Jackson (1995) como la interconexión que existe entre las acciones de los miembros de un sistema, donde se observa que las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una “causa” A provoque un “efecto” B), sino circulares (en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A).

Andolfi, Angelo, Mengui y Nicoló-Corigliano (2007) mencionan que

la redefinición del problema que trae la familia y, por lo tanto, de su demanda de terapia no se podrá llevar a cabo mientras la conducta sintomática del paciente permanezca artificiosamente aislada del contexto de las relaciones donde tiene su sitio natural (p. 55).

Esto mismo pretende la reestructuración circular que se describe en este artículo, conjugando la reestructuración con la circularidad a través de un conjunto de técnicas activas y verbales aplicadas en una primera fase, durante la primera y/o segunda sesión y a través de otra técnica propuesta llamada “zarandeo cognitivo” al final de la segunda sesión.

En la primera fase de aplicación de la reestructuración circular se aplican técnicas denominadas “circulares redefinidoras” y son comparadas a un fotograma:

En una cinta de celuloide, que se proyecta mediante un cinematógrafo, cada fotograma es una imagen impresa a través de un proceso químico. Cuando estos fotogramas pasan por el proyector a una cierta frecuencia, medida en imágenes por segundo, se produce el efecto visual que hace que se perciban en continuidad como si fuera una unidad (...). En el caso del cine, los fotogramas se proyectan a una cierta frecuencia (24 FPS, 30 FPS, etc.): debido a que la sucesión es muy rápida, el cerebro no percibe los fotogramas como imágenes separadas. Por el contrario, los mezcla y se produce la ilusión de movimiento. (Pérez, J, 2020).

En una familia o pareja, ocurre que cada miembro presenta y define el problema como si fuese una escena lineal, estática, sin conexión entre ellas. El movimiento (como en el fotograma) no ve la familia y es tarea del terapeuta mostrárselos (la circularidad).

Una vez construida la hipótesis relacional, a través de las técnicas circulares que serán descritas a continuación, se propone un nuevo encuadre o significado alternativo al problema que fue presentado inicialmente por la familia o pareja. Con el nuevo significado relacional, el terapeuta transmite el mensaje: “Desde otro ángulo se ve que todos los miembros de este sistema mantienen el problema”. “El problema no está en él/ella, el problema es de todos”. Con esto se pone en evidencia que los puntos de vista lineales y resistentes que sostenían del problema no son excluyentes sino, muy por el contrario, aparecen interconectados entre sí. De igual manera, la conducta de uno es información para el otro.

En la segunda fase, al finalizar la segunda sesión, se realiza la técnica llamada “zarandeo cognitivo” que consiste en devolver a la familia la hipótesis relacional construida por el terapeuta, incluyendo la síntesis de las previas reestructuraciones circulares realizadas a través de las distintas técnicas (comparadas al fotograma) haciendo énfasis en la pauta de interacción o en el encadenamiento de conductas. El término zarandeo cognitivo, como técnica cognitiva, propuesto en este

trabajo hace referencia a movilizar, agitar, sacudir en una sola y potente devolución, con lenguaje desafiante y persuasivo, el sistema de creencias que explicaba inicialmente la queja y sostenía la pauta de interacción problemática en el sistema. En el zarandeo, se observa que cuando las ideas son movidas de lugar con intensidad, se produce un reordenamiento distinto que permite nuevas acciones espontáneas en, al menos, un miembro del sistema. El término “disparo reformulador”, que también se utiliza en esta propuesta, guarda relación con el acto de devolver al paciente, la reestructuración circular que pretende el zarandeo cognitivo, y como dijeron Watzlawick, Weakland y Fisch (1995): “Una vez que percibimos la pertenencia alternativa de un miembro a otra clase, no podemos volver tan fácilmente a la trampa y la angustia representadas por el previo punto de vista acerca de su “realidad” (p. 124).

Una vez instalado el cambio cognitivo que trae a su vez cambios conductuales y emocionales, se plantean otras técnicas, a partir de la tercera sesión, para consolidar el cambio en el sistema.

Continuando con la analogía de los fotogramas en el mundo cinematográfico, podemos decir que para lograr el zarandeo cognitivo se tienen en cuenta algunos de los elementos de una película con ayuda de la creatividad y flexibilidad del terapeuta:

- El guión familiar e individual de los miembros de la familia, en sus tres generaciones, con sus conductas, emociones y creencias.
- El guión que describe todo lo que la “cámara relacional del terapeuta” percibe.
- Descripción de los personajes incluyendo su historia, diálogo (subrayando aspectos importantes y comunicación analógica), acotación (sentimiento con el que se dice el diálogo).
- La secuencia, o encadenamiento de conductas o escenas presentadas inicialmente como cortes lineales de una película en movimiento.
- El montaje: El terapeuta se podría parar en un ángulo específico mirando a la familia o pareja diciendo “Es curioso como yo, desde este lugar, veo una película muy distinta. Y esto es lo que veo.”.
- Diseño de producción o estilo del terapeuta. En este caso, utilizando lenguaje desafiante, metafórico.
- Efectos especiales: El terapeuta puede utilizar vestuario, accesorios, dibujos, música para acompañar la devolución y darle intensidad a la reestructuración además de metáforas, analogías, aforismos, etc.

2. PASOS PARA LOGRAR LA REESTRUCTURACIÓN CIRCULAR

Como se mencionó más arriba, la reestructuración circular se realiza en dos fases: En la primera fase, a lo largo de la primera y segunda sesión, a través de las técnicas circulares redefinidoras que son comparadas al fotograma. Y la técnica llamada zarandeo cognitivo, al final de la segunda sesión.

Los pasos sugeridos en las primeras dos sesiones para lograr la reestructuración circular son los siguientes:

PASO 1: EXPLORAR LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA QUE TRAE EL PACIENTE

Se pide al paciente o a cada miembro de la pareja o familia que acude a la primera sesión a definir clara y concretamente el problema en términos cuali y cuantitativos. Es importante explorar quién tiene el problema para esta familia, además de qué piensan, sienten y hacen en torno al problema.

PASO 2: CONSTRUIR, PREFERENTEMENTE EN LA PRIMERA SESIÓN, UNA HIPÓTESIS RELACIONAL PRELIMINAR QUE EXPLIQUE Y DESCRIBA LA FUNCIÓN DEL SÍNTOMA Y LA PAUTA DE INTERACCIÓN QUE SOSTIENE EL PROBLEMA.

Para Papp (1988) la hipótesis no necesariamente debe ser acertada al inicio, sólo pertinente a la familia y al cambio, cuyo objetivo es definir la reciprocidad entre el síntoma y el sistema dentro

- ¿Qué función cumple el síntoma en cuanto a estabilizar a la familia?
- ¿Cómo funciona la familia en cuanto a estabilizar el síntoma?
- ¿Cuál es el tema central en torno al cual se organiza el problema?
- ¿Cuáles serán las consecuencias del cambio?
- ¿Cuál es el dilema terapéutico? (pp.32-33)

Las preguntas circulares, técnica elaborada por la Escuela de Milán, son formuladas para que los miembros de la familia conecten entre sí sus propias conductas. Ausloos (2005) sostiene que:

El rol del que interviene no es el de aconsejar a la familia, de identificar lo que no funciona en ella, sino al contrario, de trabajar con la familia para encontrar o para descubrir lo que sabe, reinventar las soluciones, resolver sus problemas, y esto puede hacerse utilizando preguntas circulares (...) El trabajo del profesional sistémico, consiste en arreglárselas para que al final de la entrevista los diferentes miembros de la familia se hayan comunicado entre ellos suficientes informaciones para que se conozcan mejor y comprendan mejor su propio funcionamiento (pp. 184 -185)

Se sugiere un ejemplo de preguntas relacionales que variaría de acuerdo a cada caso:

- ¿Cuándo, dónde, cómo, con qué frecuencia ocurre el problema?
- ¿Cuándo, dónde, cómo, con qué frecuencia no ocurre el problema?
- ¿Cómo empieza el problema? ¿Cómo se desencadena? ¿Cómo termina? ¿Cuándo están bien y cuándo están mal?
- ¿Qué sucede primero? ¿Y después de eso? ¿Y a continuación qué ocurre?
- ¿Y qué haces vos/que hace él/qué hace ella?
- ¿Qué crees vos que ella/él piensa con respecto a lo que vos sentís/haces/pensás/decís? ¿Por qué crees que ella/él reacciona así. ¿Para qué crees que lo hace? ¿Qué ocurriría de ustedes sin el problema?
- ¿Qué te suele decir con respecto a tu conducta y su posterior reacción?
- ¿Y los demás qué hacen? ¿Cómo lo ven? ¿Qué dicen?
- ¿Cómo intentaron solucionar el problema?

PASO 3: APLICAR TÉCNICAS CIRCULARES REDEFINIDORAS, ACORDE A LA HIPÓTESIS RELACIONAL CONSTRUIDA PARA REDEFINIR EL PROBLEMA INICIAL EXPLORADO EN EL PUNTO 1.

3.1. Pauta gráfica en pizarra u hoja

A partir de las preguntas relacionales, se construye la pauta de interacción de la familia, pareja o individuo en el contexto donde tiene lugar el problema, que son las conductas que se repiten y encadenan, sosteniéndose en el tiempo.

Se puede utilizar una pizarra o graficar la pauta en una hoja, mostrando al o a los/as paciente/s el “círculo vicioso” del problema. Tiene que quedar claro que todos los miembros de la familia hacen algo para que el problema persista. Así mismo, con la pauta gráfica, los miembros de la familia podrán ver que haciendo algo distinto, se podrá crear un corto circuito en la pauta, produciendo cambios en el sistema.

El siguiente caso de la Sra. M y el Sr. P casados hace 5 años, será nombrado con frecuencia en este artículo: La esposa, Sra. M., llega a consulta indicando “estar harta de su marido desconsiderado, que la trata mal a veces y no sabe cómo manejar su ansiedad” (sic). Refiere que el Sr. P trabaja en el campo durante la semana, y los fines de semana va a la ciudad a reunirse con ella. Están bien cuando ella cede, porque él no es capaz de hacer cosas con ella como salir a pasear y sólo quiere

sentarse a ver Netflix (sic). Para ella, ceder, aunque eso le permita mejorar la relación, es connotado negativamente porque el marido Sr. P no hace “sacrificios” por ella.

Luego de responder las preguntas relacionales, se le devuelve la pauta gráfica redefiniendo el problema en términos relacionales:

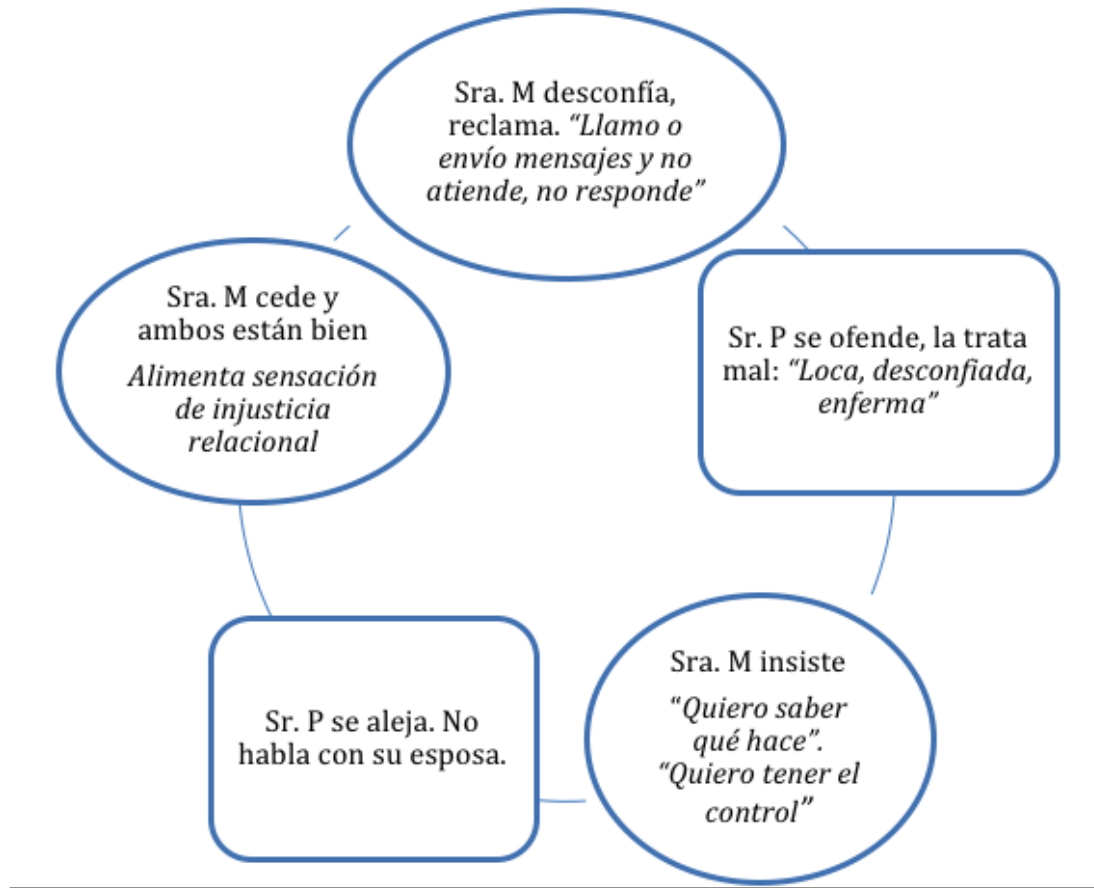


Gráfico 1: Pauta gráfica en pizarra u hoja.

En el gráfico 1 se reúne las respuestas de la paciente a las preguntas relacionales planteadas por el terapeuta y se presenta la pauta como círculo vicioso y predecible: “En un primer momento, cuando tu marido va a trabajar al campo, vos desconfías, querés saber qué hace (llamas, envías mensajes y el no atiende o no responde). Si insistís, tu marido se ofende (en ese momento te insulta, te llama celosa, se molesta y se aleja porque es un tema recurrente en la pareja. Recordá que en esos días que estuviste muy ocupada y no pudiste “controlarlo”, él te enviaba mensajes a la noche por iniciativa propia y que lindo lo sentías!. Cuanto más se aleja él, más insistís vos. Cuanto más insistís, más se aleja él. Llega un momento que vos hacés lo que llamás ceder, y si bien, funciona la estrategia para llevarse bien, en paz, y disfrutar, vos lo ves como sacrificio y no lo haces genuinamente pensando en los beneficios secundarios (porque la relación es linda cuando vos no controlás). Por eso al ceder, vos seguís alimentando ese sentimiento de injusticia relacional, hasta que volvés a insistir, llamar, enviar mensajes. Y empieza todo lo que ya sabemos”.

Se persigue, al mostrar la pauta, como objetivo un descarrilamiento al interrumpir la aparición de la secuencia habitual: “Lo que uno quiere introducir son variaciones que vayan más allá de aquel límite, que por lo tanto definan una pauta nueva. Y con una pauta nueva, que no resulta familiar, puede suceder cualquier cosa” (O’Hanlon, 1987, p. 46).

Los/las pacientes suelen comprender muy bien la dinámica relacional al ver la pauta gráfica, otorgándole un significado distinto al problema definido inicialmente. En este caso, la insistencia de ella hace que el marido se “rebele”, alejándose en señal de huelga. Y cuanto mas se rebela el marido, más insiste la esposa.

Hablamos de objetos porque toda representación es una fotografía de la realidad, es decir, una cristalización arbitraria de esta; por eso mismo ofrece la ventaja de representarse como un elemento observable, sustancialmente exterior al fluir de los sucesos y podemos cotejarla con ese fluir porque, fijándonos en el tiempo, confiere “realidad” a una serie de procesos que de otro modo serían indefinibles (Andolfi et al., 2007, p 125).

Los objetos metafóricos, en esta propuesta, son escenas (de una secuencia) elegidas como un objeto concreto representado de manera visible, que además aparecen interconectados entre sí.

Los objetos metafóricos pueden presentarse en forma de dibujos en la pizarra, en una hoja o simplemente pedir a la familia que se los imaginen. También el terapeuta puede traer esos objetos a sesión e ir mostrándolos a medida que se describe la interconexión entre ellos.

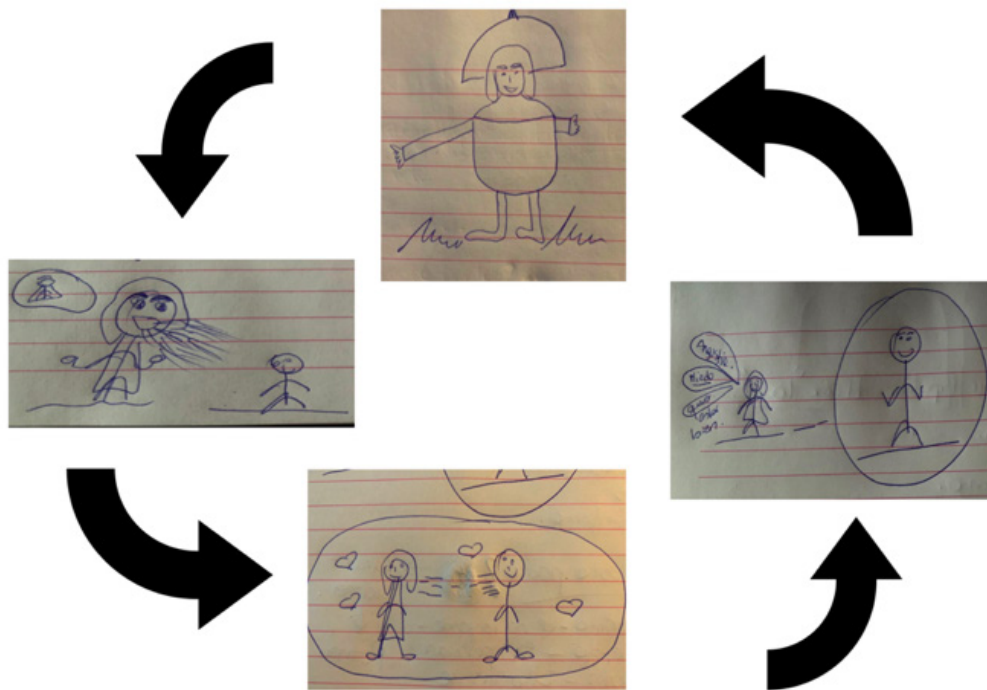


Gráfico 2: Pauta gráfica utilizando objetos metafóricos o dibujos.

En el gráfico 2, dando continuidad a la técnica anterior, se presenta a la señora M. la misma pauta con dibujos: “Me viene a la cabeza la misma pauta pero con imágenes... Sos una olla a presión que al explotar tiende a controlar al marido. Fijáte en el segundo dibujo que pequeño y lejos se vuelve él cuando vos te convertís en grande y ruidosa (cuando la olla ebulliciona) [sic]. Al verlo lejos, distante y silencioso, vos cedés para estar bien y conseguir paz en la relación. Hasta que llega de nuevo un momento, en que aguantar tantos reclamos le permitan a él seguir creciendo y vos empequeñeciendo y sentís que él no hace cosas por vos como salir a pasear. Y vuelve la olla a presión a empezar el proceso, con reclamos de desconfianza y sobre todo, de no poder sentirte a gusto con él por no sentir que le importás”.

3.3. Pauta en cuento

Se trata de mostrar la pauta de interacción en forma de cuento, señalando además otros aspectos vinculados como el sistema de creencias, los mitos, las emociones, reglas, etc.

Existe un recurso muy sencillo consistente en contar a las familias cosas similares ocurridas en otros casos con problemáticas parecidas a las de ellos (...). Las posibilidades se encadenan conformando historias inspiradas en la vida real que son otros tantos estímulos intelectuales para quien la recibe (Linares, 1996, p.153).

Los cuentos circulares son historias donde al final se vuelve a la situación inicial, en las mismas se conecta el síntoma a los distintos miembros del sistema, dejando en claro la circularidad, o quizás se plantea el cambio en un miembro mostrando los cambios que se desencadenan en el sistema total. De todas formas, las técnicas 3.1 y 3.2 también son incluidas en los cuentos circulares.

3.4. Pauta activa:

Con tres variantes:

3.4.1. Esculturas circulares propuestas por el terapeuta: En esta técnica, el terapeuta no pide a la familia que esculpa la definición del problema, sino que el terapeuta lo hace a su manera, para devolverles la forma en que él/ella entiende el problema.

A Juan y María se les pide que realicen ciertas escenas para mostrarles “cómo ve el problema”. En la escena 1, Juan insiste a María (llama una y otra vez para saber qué está haciendo y ella no atiende porque es molesto). Se le pide que se acerque a su esposa y la “asfixie” (ella dice que es así mismo como se siente). En la escena 2 se pide a Juan que siga insistiendo con más fuerza y a ella que lo aleje, que lo ponga a un lado (como se ve que lo hace con su mano). En este momento ella decide “no atender sus llamadas para que aprenda, dice bloquearse, no quiere saber nada de él”. El cree que, en esta escena, ella lo va a dejar o que tiene un amante. Ella dice que en ese momento solo quiere alejarse para no pelearse. En la escena 3 el marido alza la voz, reclama con más fuerza, amenaza con separarse, acusa a su esposa de ser infiel y ella lo puntúa como violencia. En la escena 4 se ve que ella se aleja, se distancian, que no tolera la reacción violenta del marido, y él se aleja “porque no quiere ser carga para alguien que no quiere estar con él o tiene un amante” (sic). Y volvemos a la escena 1, porque la distancia desencadena más desconfianza en él y vuelve a insistir con el control”.

Se pide a ambos que describan cada escena propuesta por el terapeuta, pudiendo ajustarla y mencionar lo que dicen, piensan, sienten y hacen habitualmente en cada una de esas escenas. Luego, como en una película en movimiento, se les pide que vuelvan a representar en forma de secuencia las escenas 1, 2, 3, 4 y luego nuevamente la 1. “Esa es su manera de funcionar”.

Con esta técnica, como en el fotograma, se encadenan las escenas que representan la forma individual y lineal de definir el problema por parte de cada uno: “Estoy cansada de su violencia” dijo ella al inicio de la sesión. “Que me diga bien si quiere dejarme o está enamorada de otro”, decía él.

Se muestran las fotos de las escenas a los pacientes y en la próxima sesión se les entrega la pauta como en el gráfico 3.

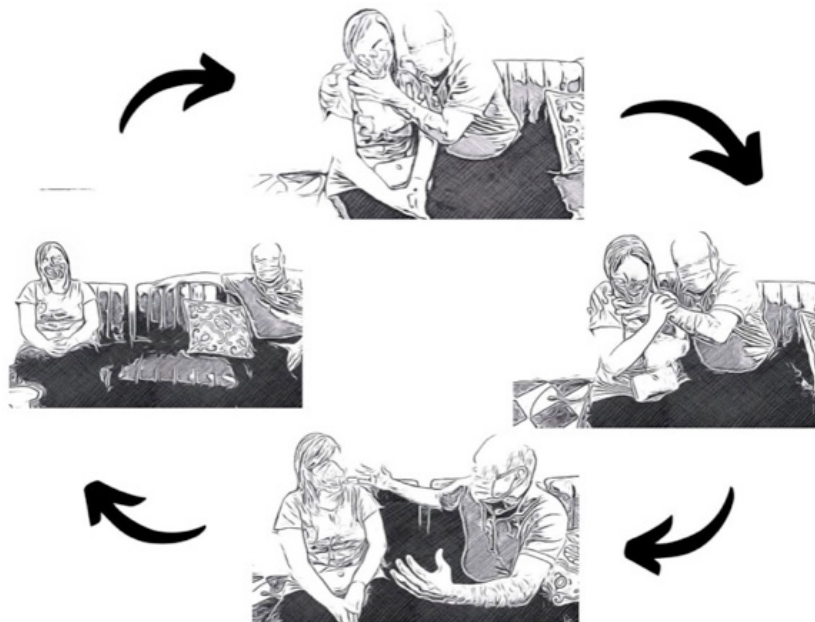


Gráfico 3: Esculturas circulares propuestas por el terapeuta.

112 3.4.2 Esculturas circulares propuestas por los pacientes: En primer lugar, cada miembro de la familia o pareja realiza una escultura que defina su percepción del problema:

Se le pide al grupo familiar que cada uno construya una escultura de la familia tal cual él o ella se imaginan, según esta consigna: Imagínense que son de arcilla o de un material maleable y entonces cada uno por turno va a construir una escultura que refleje como ve a la familia (Wainstein, 2006, p. 169).

Los miembros de la familia deben realizar individualmente esculturas que muestren cómo se ven y de qué forma ven al otro en la relación. Se trata de representar, a través de esculturas, la definición del problema que trae el o la paciente. En este momento pueden realizarse preguntas relacionales que llevan a construir otras esculturas posibles, de otros momentos de la pauta.

La técnica consiste en pedir a la pareja o familia, luego de realizar las esculturas, que vuelvan a presentarlas en el orden que propone la terapeuta, una tras otra, sin pausa, como una película en movimiento, por ejemplo: escultura 1 construida por la esposa seguida de la escultura 2 construida por el marido, volviendo inmediatamente a representar la escultura 1 construida por la esposa.

El objetivo es que vean la circularidad y cómo la conducta de un miembro resulta informativa para el otro.

3.4.3. Circularidad en acción: Dramatizar pauta intercambiando roles: Se le pide al paciente “hacer algo más entretenido” para entender la película familiar, porque no nos queda claro cómo funcionan en torno al problema.

El paciente, en terapia individual, debe interpretar dos momentos: cuando hay problema/síntoma y cuando no lo hay.

En ambas situaciones debe pensar y luego interpretar: Qué hace, qué siente, qué piensa, cómo lo dice, cómo inicia la interacción con la otra persona. Debe pensar en la postura corporal, en su tono de voz, en sus gestos, en sus palabras, en sus emociones, en todo lo que antecede al primer contacto con la otra persona cuando están bien y cuándo están mal.

En un segundo momento, debe cambiarse de lugar (idealmente en el sofá del frente en el caso de un consultorio clínico) y hacer lo mismo, interpretando a la otra persona con quien se relaciona. En este sentido, debe imaginar lo que el/la otro/otra piensa, siente, cree, y responder además con las palabras y conductas con las cuales reacciona habitualmente.

En un tercer momento, debe volver a su asiento o lugar y responder desde sí mismo.

Así, sucesivamente hasta dejar en claro la redundancia y logrando demostrar la circularidad.

Se pueden utilizar algunas vestimentas, colores, accesorios para identificar a cada una de las personas que dramatiza. También se pueden incluir máscaras para nombrar emociones.

Esta misma técnica tiene una variable cuando la sesión no es individual:

- Pueden hacerla ambos miembros de la pareja o toda la familia, conectando a todos ellos: De esta forma, un solo miembro por vez, puede ocupar el lugar de cualquier miembro frente a la familia que lo observa. Y luego los demás hacen lo mismo y analizan semejanzas y diferencias e identifican lo que las otras personas no sabían que el otro/otra sentía o pensaba. Se habla de ello y, sobre todo, se da intensidad a la pauta de interacción.

PASO 4: CONSTRUIR Y DEVOLVER AL PACIENTE UNA NUEVA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA EN TÉRMINOS RELACIONALES: EL ZARANDEO COGNITIVO:

Veinte minutos antes de culminar la segunda sesión idealmente, aunque podría extenderse hasta la tercera sesión de ser necesario, el terapeuta realizará el disparo reformulador que propone las siguientes indicaciones:

- Iniciar con la siguiente frase: “Es curioso como yo, desde este lugar, veo el problema de forma muy distinta”.
- Recordar las definiciones lineales que presentaron inicialmente los miembros de la familia

o pareja: Mostrar la linealidad de sus definiciones, devolviendo las escenas estáticas individuales que cada miembro describió inicialmente como el problema.

“Cuando llegaste a consulta dijiste estar harta de un marido que no te hace caso, que hace lo que quiere, que no comparten y que eso te produce mucha ansiedad”.

- *Play/Pausa/Play*: A los pacientes hay que transmitir el siguiente mensaje: “Vimos que cada uno presentó la escena de una película que se conecta a la escena del otro y luego del otro, regresando a la primera escena para repetirse una y otra vez. No se daban cuenta que poner ‘pausa’ al describir su propia escena (definición lineal del problema) es algo muy ilusorio, porque la película está en movimiento. Y lo vimos en el dibujo, en la pizarra, en la escultura, con las máscaras, etc. (recordar redefiniciones y conexiones obtenidas en las distintas técnicas).

En este punto, se agregan otros elementos:

- Mostrar la película en movimiento: *Pausa*: Describir escena 1 (definición lineal de un miembro de la familia) – *Play* – *Pausa*: Escena 2 (definición lineal de otro miembro de la familia) – *Play* – *Pausa* – Escena 3 (Definición lineal de otro miembro de la pareja) – *Play* – *Pausa*: Escena 1. (Dejar clara la circularidad).
- Para que el impacto sea aun mayor, en la historia alternativa propuesta por el terapeuta, que conecta narraciones individuales, incluyendo metáforas que re/nombren los problemas o conductas anteriormente descritos por los pacientes También deben incluirse analogías, chistes, juego de palabras u otros aforismos que, sin explicación lógica directa, llegue al hemisferio cerebral derecho donde se produce el cambio según lo refiere Watzlawick et al. (1995).
- Incluir las frases que el/la paciente utilizaron para describir el problema inicial pero esta vez, incluidas en un nuevo marco donde también caben a la perfección. Se considera útil parafrasear a pacientes, sobre todo aquellas frases que han despertado sensación de culpa, rabia, dolor, frustración, es decir, que han sido connotadas negativamente por los miembros de la familia. Es difícil que el paciente rechace la nueva historia que les devuelve el terapeuta si se utilizan las mismas palabras que él o ella han utilizado, ahora en un nuevo guion que permitiría un final distinto al modificar intensamente el sistema de creencias inicial y lineal que mantenía el problema, “invitando rápidamente” al paciente a hacer cosas distintas a las que venía haciendo hasta el momento.
- Es importante dar intensidad al mensaje, pudiendo repetirse de distintas formas.

“El problema lo veo así. Es la relación de una olla a presión y de un martillo en huelga. En la escena 1 de esta película de la pareja se ve a la esposa como la olla a presión que se traga todos los reclamos. En su interior hay muchas dudas, pero intenta mantener la calma para “controlar mejor al marido”. Porque dijiste que era ese tu objetivo: controlarlo, saber qué hace en todo momento, ¿no?”.

En la escena 2, se ve al marido con más altura, con más voz, más grande, es un martillo silencioso y más tierno, que descansa de reclamos de la esposa, y se acerca a ella. La olla a presión mantiene la calma del marido aunque alimenta la furia interior de la olla por tragarse silencios.

En la escena 3 se ve que la olla a presión renuncia a la no presión y comienza a hervir reivindicando su lucha en contra de la injusticia relacional: él tiene que hacer caso a su esposa, no ella ir tras él, y sacrificarse por la paz que es lo que vos también comentaste en sesión.

En la escena 4, en el caso de ver cada una de estas escenas en movimiento, una detrás de otra, y no de forma aislada como describiste inicialmente (que aún en ese momento no entendías de conexiones), se ve al marido lejos, pequeño, castigando con su silencio a la olla que explotó.

Y como las escenas están conectadas y en movimiento, a partir de la escena 4, la olla a presión vuelve a enfriarse, se mantiene en calma “sacrificándose muy a pesar suyo, se silencia para que el marido hable. Al hablar, ella ebullciona, y el marido se vuelve a callar y distanciar. Cuanto más gritás, más lo ensordecés. Y su sordera te produce más adelante un silencio que explotará en gritos Y así, son muy predecibles”.

El patrón de conducta/emoción/creencia debe quedar claro: Encadenar las definiciones lineales del problema de cada uno de los miembros de la familia o pareja. Si acude un solo miembro, igual es posible, mediante los pasos anteriores, conocer la conducta, reacción, sentimientos, pensamientos, frases y voces de los “ausentes implicados”. No se trata solamente de encadenar conductas, sino de conectar las definiciones individuales y lineales propuesta por cada persona involucrada en la relación, en los niveles pragmático, cognitivo y emocional.

“Es importante que veas este movimiento, que veas que ambos mantienen el problema.

1. Cuando insistís, llamás a tu marido con esa idea de que tenés que controlar al hombre, sin historia previa de infidelidad, pero con una historia de crisis panicosas donde ya el control hizo que perdieras el control (como lo mencionaste en sesión), construís sin querer una relación de pareja también panicosa.
2. Tu marido no te hace caso, no te contesta llamadas, porque tiene la idea de que vos tenés que confiar sin molestar.
3. Vos reaccionas con más insistencia, y él responde “desapareciendo” como vos misma referiste.
4. Cuando lo ves lejos, deducís “ceder “ y él vuelve a acercarse.
5. Están bien un tiempo, vos lo tenés controlado, están bien, pero te tragás por dentro muchas cosas (también querés ir de compras y no ver Netflix, querés que él proponga actividades y no lo hace), y tanto aguantar reclamos hace que nuevamente vuelvas a insistir cuando él va a trabajar al campo. Y el ciclo se repite idénticamente una y otra vez.

Los pacientes suelen responder con una frase como: “Nunca lo había visto de esa forma”. La segunda sesión culmina con el disparo reformulador y en el próximo encuentro es esperable que refieran cambios en su conducta y en la relación a partir del zarandeo cognitivo. Desde la tercera sesión, se utilizarían otras técnicas (preferentemente prescripciones de comportamiento, rituales, intervenciones en la pauta, esculturas circulares en el tiempo, etc. , insistiendo en todo momento en la circularidad) para instalar el cambio en el sistema.

PASO 5: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA TERCERA SESIÓN POST- ZARANDEO COGNITIVO

Como se mencionó anteriormente, a partir de aquí pueden utilizarse distintas técnicas. Se propone seguir trabajando con técnicas activas:

Esculturas circulares en el tiempo con objetos metafóricos

Onnis (1997) propone, entre otras esculturas: la escultura del pasado (que hagan esculturas hacia atrás en el tiempo), futuro (¿cómo se imaginan la familia dentro de un tiempo?), deseada (se les sugiere esculpir una escultura que represente cómo desearían que fuera su relación).

- En un primer momento realizan escultura del presente y del pasado. En cada escultura se realizan preguntas relacionales y se conectan las conductas de los miembros entre sí (continuando con la idea del fotograma).
- A partir de la tercera sesión tendríamos suficiente información para recordar o proponer la escultura del presente en base a las redefiniciones realizadas en la primera y segunda sesión. Se les pide que representen la escultura de la relación redefinida del presente, incluyendo las escenas (en movimiento) de la película completa (circularidad) y las distintas metáforas construidas: olla a presión, martillo silencioso, más grande, más pequeño, cerca, lejos, mudo, sordo, asfixia, huelga, etc. Se les pide que piensen en lo que quisieran rescatar de esa escena (lo bueno que no se ve a simple vista, que les serviría para continuar avanzando hacia el viaje del cambio. Ejemplo: el amor). Luego deben pensar en un objeto que representaría el amor en sus vidas e incluirlo en la escultura (como dibujo o trayendo el mismo objeto).
- De la escultura del presente (cargando al objeto del amor, en este caso) se les pide volver a la escultura del pasado y obtener de ahí algún recurso de entonces que les serviría en

el presente para mejorar la relación (problema actual redefinido) . Ejemplo: la paciencia. Se les pide que se imaginen el objeto del pasado, relacionado a su historia personal, que podría representar la paciencia.

- Del pasado vuelven a la escultura del presente. En el caso de la Sra. M y Sr. P, contarían en este momento con dos objetos (amor y paciencia) para remplazar, poco a poco, a la olla a presión.
- En un segundo momento, en otra sesión, se trabaja con esculturas del futuro. Esculpen la escultura del futuro ideal: identificando y dejando a un lado el objeto que representaría, a modo de ejemplo, las expectativas desmesuradas de su pareja o algo que haga inviable su meta, si ese fuera el caso.
- Construyen la escultura del futuro, dejando a un lado el objeto que identificaron como negativo de la escultura ideal. Podría también identificarse un objeto del futuro como el esperado en la relación: la meta.
- Se hace un paso a paso (en cada paso se define objetivo claro) del presente hasta llegar al futuro. En este recorrido del presente al futuro recuerdan y abandonan (podría hacerse otro ritual en casa sobre esto) a la olla a presión, y al objeto que representa la expectativa desmesurada y llevan consigo los objetos del pasado y del presente hacia el futuro.
- Con tareas en la casa se va realizando el “ paso a paso” hacia el objetivo propuesto y a partir de la redefinición clara obtenida en las primeras sesiones.
- En esta intervención se construyen metáforas de metáforas (meta metáforas) . Esta propuesta será desarrollada en un próximo artículo.

3. CONCLUSIÓN

La circularidad es el pilar del modelo sistémico y no puede ser pasada por alto en la postmodernidad.

Con estas técnicas propuestas, el paciente incorpora la visión circular, cambiando por completo el significado inicial del problema. Al cambiar el significado, cambia la conducta, y con ello, la estructura del sistema que se visualiza en una modificación en la pauta de interacción habitual.

Se trata de técnicas que el terapeuta puede ir construyendo de acuerdo a su propio estilo, siempre que remarque la circularidad, conectando síntoma al sistema para dar un nombre distinto (relacional) al problema inicial que trae la familia.

El terapeuta aplica con esto una redefinición que, de estar bien lograda, propicia cambios pragmáticos en forma automática en el paciente, abreviando la terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, Angelo, Mengui y Nicoló-Corigliano. (2007). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia*. Madrid: Amorrortu.
- Ausloos, G. (2005). *Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso*. Barcelona: Herder.
- Linares, J.L (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- O’Hanlon, W. (1987). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- Onnis, L. (1997). *La palabra del cuerpo. Psicósomática y perspectiva sistémica*. Barcelona, Herder.
- Papp. P. (1988). *El proceso de cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Pérez Porto, J. (2020). *Definición de fotograma*. Recuperado de <https://definicion.de/fotograma/>

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Watzlawick, P y Nardone, G. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Buenos Aires: Herder.

Watzlawick, P, Weakland, J. y Fisch, R. (1995). *Cambio*. Barcelona: Herder. En P.

Watzlawick, J. Bavelas, y D. Jackson, *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

The phatry and its potential in the therapeutic encounter

Bani Maya Morodo^a

^aCentro de Salud Mental de Casco Viejo de Pamplona (Navarra), Osasunbidea, Máster de Terapia de Familia de la EVNTF. Correo electrónico de contacto: banimaya@yahoo.es

Historia editorial

Recibido: 26-08-2020

Primera revisión: 30-11-2020

Aceptado: 08-12-2020

Palabras clave

familia, fratría, autonomía, solidaridad

Resumen

El trabajo con la fratría, aunque hoy en día no es habitual que los pacientes soliciten la presencia de hermanos en las sesiones de terapia, presenta posibilidades de elevado interés para el proceso terapéutico, generando movimiento y ampliando la comprensión de las condiciones del contexto que generó la demanda, alumbrando así, exponencialmente, las posibilidades de cambio. La autora, en el presente artículo, reflexiona en torno a dichos elementos desde la experiencia que le provee toda una vida profesional como terapeuta en diferentes contextos en los que ha intentado generar cambios. Así, a través del diálogo entre hermanos/as, se buscan las raíces de las narrativas míticas familiares, los roles, así como las triangulaciones que se han ido fraguando en las dinámicas relacionales de la compleja evolutiva familiar, para estimular a cada participante a convertirse en coautor temporal de su propia pertenencia a dicha historia, potenciando así la autonomía y la responsabilidad individuales. Señalando, y amplificando también, en estos diálogos los sentimientos de solidaridad que existen en todas las fratrías.

Abstract

Working with the *phratry*, even though nowadays is not usual for patients to request the presence of their siblings during the therapy sessions, presents possibilities of high interest for the therapeutic process, incorporating movement and widening the understanding of the context conditions that caused this request. In the present article, the author reflects on these elements from the experience provided by a whole professional career as a therapist in different contexts where she tried to generate change. Thus, through dialogue between siblings, familiar mythical narratives, roles, as well as the triangulations forged in relational dynamics of the complex family evolutionary are searched in order to encourage each participant to become the temporary co-author of its own belonging to such story, promoting in this way individual autonomy and responsibility. Highlighting and amplifying in these dialogues the feeling of solidarity existing in every *phratry*.

Keywords

family, phratry, autonomy, solidarity

Mis inicios en la profesión de Psicóloga, cuando me estaba formando para Terapeuta sistémica, fueron en el manicomio de Jaén, en el momento histórico de las reformas psiquiátricas de los ochenta, donde la invisibilidad de cada paciente “crónico”, provista por la existencia pura y dura de dicha institución “totalitaria”, siguiendo la conceptualización de Goffman (1970), fue el primero de los desafíos de los equipos que iniciábamos dicha reforma. Estos pacientes enclaustrados en pabellones, con nombres de santos de nuestro calendario cristiano, de vidas sin sentido en el contexto exterior, de familias perdidas en un tiempo donde el paciente internado era alguien que se fue. Y se fue de varios lugares. De la casa, del pueblo o ciudad, de la relación íntima con su pareja, sus hijos, sus padres, sus hermanos, amigos, y su vida social y laboral, si la tuvo.

En nuestro empeño por la recuperación comunitaria, volvíamos a retomar la historia de su vida, con el propósito de rehumanizar su persona, de reubicar en ella las relaciones más significativas, de hacer una búsqueda de referentes y procurar encuentros entre el paciente, a veces como prótesis incómoda y preocupante, y familia que quedaba después de un montón de años de vida y de cronicidad en ambos lados.

Los hermanos tenían un papel principal en la reconstrucción de historias de vida y personales de nuestros pacientes, tanto en el plano de aceptación y de acercamiento, como de rechazo. Ambas caras de la historia familiar compartida, de recorridos relacionales en contextos concretos y de gran complejidad desde elementos como la precariedad cultural, el abuso de poder, la pobreza económica y de libertad personal, carencias y lesiones sin diagnosticar ni tratar, la trama, a veces, del ingreso forzoso y el silencio posterior, el dolor de las pérdidas, las lealtades familiares secretas, los compromisos no cumplidos, las relaciones de abuso, maltrato y el reparto de roles desde la intocable justicia social y familiar, basada la mayoría de las veces en mitos y legados incuestionables debido al poder y al arraigo de los encargados (entes sociales o cuidadores familiares) de que los cargos se cumplieran.

Y ahí conocí la realidad de lo genuino de las relaciones familiares con un excluido mental.

Pacientes designados como “incurables”, envueltos en misterio y tragedia para quien se refería a ellos, con narrativas que entrelazaban lo mítico y lo atávico. Quizá éste fuera una forma de disfrazar el dolor que podía producir su encierro y aislamiento por parte de sus seres queridos. Ahora, tras 40 años de cambios políticos, sanitarios, sociales y económicos, sin manicomios por fin, con estructuras más humanizadas y cercanas a la población, ambulatorias o de cortos ingresos, con un debate público constante sobre “la salud” de nuestra salud mental, afrontamos la terapia como un camino de evaluación, tratamiento, acompañamiento y sugerencia.

Sirva esta introducción para acercarnos al sistema fraternal como una parte poderosa de la relación familiar que también puede mantener o destronar al loco de la familia. El enfoque relacional, núcleo de la terapia sistémica, nos proporciona una base indiscutible para facilitar la comprensión del sentido de las expresiones de sufrimiento humano, concreto en cada sistema familiar o grupal con fuertes vínculos, y universal en cuanto a expresiones y conductas “especiales” dentro de un sistema de relación. Parto de la premisa de que nuestro devenir relacional es siempre el movimiento de un proceso evolutivo que a veces gira sobre sí mismo, se atasca, o vuela aparentemente sin sentido. Por eso la terapia, la escucha desde lo analógico, la presencia del grupo o del individuo en el mismo momento y lugar con el terapeuta, facilita las claves de ese desarrollo emocional que se nos trae a consulta. Estamos ya en el ámbito de la terapia relacional sistémica, que es desde donde parto para este artículo.

2. FRATRÍA Y FRATERNIDAD

Aludo, en primer lugar, al concepto de fraternidad, en su sentido más amplio, como aquello que designa la relación entre individuos por el sentimiento de pertenencia a un absoluto determina-

do, incluyendo los planos mítico y ritual, de las ideas y de los comportamientos.

Dicho concepto de fraternidad abarca desde el sentido de hermandad en cualquier comunidad con parentalidad mítica (ser miembro de la comunidad cristiana, del partido comunista leninista no estalinista, e incluso de las logias así como de organizaciones sectarias), en el que el sentimiento de pertenencia se convierte en un poderoso símbolo identitario, pasando por los “hermanos casuales” que la vida nos ofrece en momentos de importante intensidad, hasta la designación de hermanos y hermanas pertenecientes e hijos de los mismos padres.

Este último es el sistema fraternal sobre el que gira el propósito de este trabajo que presento, hermanos couterinos que componen el sistema fraternal en una familia y que el mismo concepto define y delimita su territorio, en el que la relación fraternal comienza a mostrar su esplendor y complejidad a partir de la adolescencia de los hijos.

Este sistema se inicia a partir del nacimiento del segundo hijo. Ya son hermanos y hermanas, que comparten apellidos y una relación impuesta tanto entre ellos como con cada padre y madre.

La relación fraternal entre hermanos es un territorio de gran intensidad emocional, donde a menudo, la competitividad y los celos surgen de la lucha por la atención de los padres. Esta intensidad emocional puede adoptar múltiples formas que van desde la indiferencia, real o fingida, la envidia, la rivalidad, la exclusión y/o el deseo de que el otro desaparezca, hasta la vivencia de lazos de amor y pasión, de exclusividad secreta, incluso como afirmaba Neuburger “comportamientos de proxemia sexual, que llegan hasta el incesto, son temidos e incluso descubiertos por los padres” (1997, p. 137). Estas situaciones pueden ocurrir de forma espontánea y, sin llegar a situaciones límite, constituyen también un ámbito compartido de descubrimiento de la sexualidad, tales como la exploración y los juegos de rango erógeno, (jugar a papás y mamás, a médicos y enfermeras) naturales en la infancia y preadolescencia.

3. EL HERMANO COMO “EL OTRO” PARA SIEMPRE

Una característica incuestionable de la fratría es que el hermano siempre será “el otro” en la relación. Aquello que quizás en la adolescencia idolatré desde la tendencia idealizadora del ego, y también aquello sobre lo que proyecté los rasgos reprimidos de mi carácter, luz y sombra, mi propio reflejo. Aquel con el que compartí la mesa y los juegos. Y que ahí está, tanto si esta relación pasa por fases de “obligación”, como de competencia, satisfacción y disfrute, ese otro que me acompaña me define y redefine desde el lenguaje de la polaridad (“él/ella es totalmente distinto/a de mí” o “somos igualitos/as”), y con el que no tengo más remedio que aprender a compartir y a aceptar las diferencias desde la jerarquía parental.

Por tanto, tal y como se acaba de afirmar, lo que caracteriza sobre todo a la relación en este sistema fraternal es la intensidad, tanto desde la complementariedad como de la simetría. Es el territorio de la complejidad fraterna, ante la cual la relación de los padres es un instrumento fundamental para regir la relación entre los hijos estando atentos tanto a los riesgos de eliminación como de fusión entre ellos.

El vínculo fraterno abarca todos los dominios del ciclo vital, y tal como explicitan de Bernart y Buralli (2006)

el hermano es el pariente más cercano y el que más dura en el tiempo, es un coetáneo que tiene el mismo período de existencia, y que al mismo tiempo, comparte gran parte de las competencias sociales y las experiencias relacionales y afectivas necesarias para el desarrollo.

Este vínculo contiene la fuerza y la posibilidad de desplegar mundos evolutivos que incluyen desde la rivalidad hasta la igualdad, y sobre todo la solidaridad. Es en terapia, donde frecuentemente aparece el mundo de la solidaridad deseada por los componentes del grupo fraterno cuando se acercan en sesión al problema que el paciente designado, su hermano, presenta.

Mi reflexión en este trabajo surge de la atención terapéutica, en el Centro de Salud Mental en el que trabajo, convocando, en algunos casos al paciente designado con sus hermanos y hermanas. A la hora de acercarnos al grupo fraterno en la sesión de terapia, comenzamos por rastrear y reconocer algunos patrones de funcionamiento de este sistema concreto y particular a la vez.

Por ejemplo, buscamos cuál es la característica o el elemento que establece la diferencia de la primacía entre unos y otros. Factores o hechos como el orden de nacimiento; el sexo; el nombre asignado; la situación relacional que transitaba la pareja en el momento del nacimiento; o elementos significativos del contexto externo o familia extensa que rodean al inicio del síntoma.

También exploramos el universo relativo al ejercicio de poder entre ellos, la jerarquía formal y el rango social y las habilidades que cada uno de ellos despliega aceptadas por los otros. O cómo se organizan ante diferentes conflictos familiares. El grupo fraternal, siendo partícipe, es también el testigo que acompaña al funcionamiento de la familia, dato éste de gran relevancia a la hora de contemplar el funcionamiento familiar en ausencia de los padres en sesión. Es por ello que, sabiendo que cada posición en la fratría anima a diferentes vivencias y recuerdos de la historia familiar, facilitamos que surjan la reelaboración y la lectura ampliada de dicha historia, a modo de un caleidoscopio, que con las mismas piezas y colores, cuando son movidas realiza diferentes figuras y ensueños. La riqueza de estas nuevas elaboraciones, quizá no compartidas hasta el momento del encuentro terapéutico, anima el cambio.

5. ¿QUÉ SUCEDE ENTRE HERMANOS?

Hemos mencionado el momento evolutivo de la adolescencia como el inicio del sentimiento de fraternidad, ya que es propicio para el despliegue de capacidades en el intento de asunción de mayor organización, designación, privilegios y responsabilidades.

Como terapeutas familiares tenemos la experiencia de trabajar con familias al completo, incluyendo hijos menores, si el caso lo requiere. En esos casos también observamos, bajo la mirada de los padres, elementos relacionales complejos tanto de protección de los mayores a los pequeños, ternura, broma, tolerancia...etc., o rechazo y actitudes violentas, indiferencia... que ya predisponen a intervenciones inmediatas sobre las relaciones familiares. Y en las sesiones con la fratría, sin la mirada de los padres, rastreamos datos de diferencias y de características muy individuales, como quién come solo porque se le permite, o se requiere, o se le obliga... quién tiene la función dominante para organizar o resolver conflictos y de qué manera lo consigue... quién es fiel a quién... quién calla y gestiona tras la puerta... quién se queja más, cuestiona, limita, provoca... quién se ocupa y cuida... quién no da trabajo, siempre obedece, no hace ruido... quién espera el reconocimiento que nunca llega... quién triangula o delata. Si es frecuente que se alíen para compartir elaboraciones secretas y si mantienen complicidad para confrontar a los padres.

Porque es entre hermanos donde más claramente aparece la conciencia de la complejidad triádica y donde se inicia el proceso de comprensión de las relaciones ajenas, entre ellas las de solidaridad y disfrute, las de rivalidad y competitividad, o de envidia por aspectos o logros reconocidos también fuera de la familia. Situaciones que generalmente vienen de asignaciones de rol polarizadas: el exitoso y el torpe, el guapo y el normalito, el dinámico (guindilla, bala) y el tímido y educado, el enfermo y el sano, el Gómez y el Pérez ... marcando patrones de conducta y funcionamiento emocional. Pueden ser roles temporales o estáticos, los cuales favorecen momentos dormidos o congelados en el ciclo vital. También podemos apreciar los movimientos de distancia y los de fusión. Y si alguien se ha quedado atrapado para que los otros se puedan ir... el rehén de la familia para que los padres prolonguen su papel. En definitiva, buscamos los hitos que han conducido a la crisis que el paciente designado presenta, los peajes por los que él y su familia están pasando a lo largo de su ciclo vital.

Podemos mencionar algunos:

- La parentalización que predispone a la construcción del síntoma en un hermano.
- Las peleas y conflictos, definidas por los otros como “mal comportamiento”.
- Que siempre es uno el que empieza y el otro el que pierde.
- Que dos pueden presionar a un tercero para ir en contra de uno de los padres.
- Que uno desea afirmar su identidad alejándose y aislándose de sus hermanos.
- Cuando un hermano acepta el legado de la designación, y escucha que tendrá que ocuparse de otro hermano, o de los padres en su vejez.

Por lo tanto, a lo largo del trabajo terapéutico fraterno, nos vamos acercando a valorar el grado de conexión o distancia emocional entre ellos, a la hora de explorar cuál es el problema y cómo lo define cada uno. En familias con procesos graves puede aparecer la fragmentación entre hermanos, que se manifiesta a través de esa distancia emocional, indiferencia o desinterés en la sesión, supuesta frialdad o continuo ataque virulento, entre unos y otros, con contenidos de rigidez y probablemente de larga data. Esto nos predispone a pensar que el paciente designado ha quedado relegado a una situación de exclusión del grupo familiar, ocupando una posición exterior, rígidamente triangulado, no siendo considerado un miembro familiar de igual envergadura que los demás hijos o hermanos, siendo su lugar el del raro, el enfermo, el especialmente débil o peligroso, con el que no se cuenta para tomar decisiones sobre temas familiares ni sobre él mismo.

A esta tipología de formaciones corresponde la demanda de los padres que se resisten a que los hermanos supuestamente “normales”, acudan a consulta, definiéndose entre todos como una familia con un PD, siendo excluido así el paciente designado del sistema fraterno.

Recordemos que esa autopresentación de la familia fue precisamente uno de los grandes desafíos que tanto contempló Minuchin (1998) en su trabajo terapéutico con las familias, refocalizando el problema del paciente en base al estilo de las relaciones familiares.

6. LA CREACIÓN DE LA ETIQUETA

La etiqueta se crea antes ya de acudir a terapia, en un momento evolutivo en el que la familia define a un hijo “enfermo” y a otros “sanos”, y esta definición, aceptada por todos los componentes del grupo, polariza los roles y rige las relaciones.

Al hijo “enfermo” y “loco” se le tilda de nervioso, cerrado, aislado o egoísta, raro y rival de sus hermanos, taponando así la posibilidad de otro tipo de características y diferencias en las relaciones familiares que quedan encubiertas.

Sin embargo, para nosotros terapeutas, el hermano “enfermo” es el depositario del malestar relacional de situaciones familiares o fraternas más complejas y dolorosas, y su fácil visibilidad, la capacidad de este hermano para captar todas las atenciones (la amplificación, muchas veces, que sufre su comportamiento) colabora en que queden velados los conflictos conyugales y familiares que por su carácter innombrable desde dentro del complejo familiar, encripta una elaboración del drama familiar que facilite el desbloqueo y el surgimiento de posibilidades de libertad y autonomía individuales.

Uno de los grandes pilares del trabajo de la Escuela de Milán, con familias altamente rígidas, comienza con la hipótesis del juego familiar en el partimos de la hipótesis de que hay una promesa implícita a un hijo de una relación privilegiada con uno de los padres, alejándole así del lugar de sus iguales, sus hermanos (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1993).

Se ofrece a sus ojos la posibilidad de ser el elegido, insustituible y conocedor de los secretos más íntimos del progenitor y su pareja que le coloca como el más sensitivo, cercano, comprensivo, favorito.

Esta situación suele durar un tiempo, hasta que aparecen los sentimientos de decepción, engaño y traición, ya que el hijo se da cuenta de que la supuesta promesa no acaba de cumplirse, que la esperanza de la relación privilegiada era una farsa y que dicho privilegio en la relación, en realidad,

Y así surge el síntoma grave en este hijo, a través del cual consigue la atención a la que cree que tiene derecho ya que se le había prometido, apoyado en la connivencia mantenida en otro tiempo con el progenitor que le insinuó “favoritismo”.

Es en este caso, donde la terapia afronta el conflicto desde los diversos subsistemas, la familia de origen, la pareja y los hijos, para desenmascarar el juego familiar que ha necesitado un “prestigioso” y un “loco”, proponiendo como acción terapéutica la prescripción del secreto a los padres (Selvini et al, 1993).

Esta es una técnica altamente impactante en la familia rígida, a pesar de lo aparentemente sencillo e inocuo de su tarea y que intenta desenredar el nudo de esta triangulación que atasca la evolutiva familiar competente.

En estos casos, en el rastreo terapéutico a los padres, nos interesamos en cuestiones significativas para ampliar la comprensión de las condiciones que han generado la solicitud de terapia:

- ¿Cómo viven los padres las relaciones entre los hijos?
- ¿Qué les preocupaba antes de tenerlos? ¿Y ahora?
- ¿Cómo han sido las relaciones fraternales en la historia de cada uno de los padres? ¿Y ahora?
- ¿Cuáles has sido sus roles como hijos?
- ¿Qué lugar en sus expectativas ha ocupado la llegada de cada hijo?
- ¿En qué medida sus hijos han modificado posiciones en la relación de pareja?
- ¿Cuál es su grado de satisfacción como padres?

En las sesiones con hermanos, tras la convocatoria y el acogimiento social de los primeros momentos de la entrevista, mostramos nuestra disposición a escucharlos y a que dialoguen entre ellos, si fuera posible, sobre lo que les preocupa de la situación de su hermano, el PD, estando atentos como terapeutas a las informaciones significativas de cada intervención que posibiliten compromiso y cambios. Este es uno de los objetivos centrales de la terapia, generar un dialogo alternativo, aprovechando las condiciones contextuales que ofrece el terapeuta y el consultorio, que facilite la expresión y aceptación de diferencias, desacuerdos, malentendidos, lealtades parciales y posibilidades de acercamiento y solidaridad hacia el sufrimiento del paciente designado hasta ahora no tratadas entre ellos. En definitiva, desatascar el conflicto familiar.

Trabajamos, entre otros, aspectos como:

- ¿Cómo se sienten? (tristes, preocupados, angustiados, inquietos, irascibles, enfadados, e incluso culpables del conflicto familiar).
- ¿Qué ven cómo hijos?
- ¿Y cómo hermanos?
- ¿Se sienten escuchados?
- ¿Qué es lo que preocupa a cada uno?
- ¿Cuál es su particular definición del problema?
- ¿En qué creen que podrían cambiar las cosas?
- ¿Qué pueden o quieren hacer ellos para sentirse mejor?

Durante la sesión, se miran, se escuchan, incluso temen descubrir grados de intimidad en sus miradas... En el relato o proceso de la sesión pueden aparecer emociones congeladas y bloqueadas desde niños entre ellos. Pueden expresarse interrogantes que aclaren algún patrón de dinámica familiar, así como malentendidos, legados, desgracias no conocidas para algunos, tramas y fronteras interpersonales.

Y aunque pueden responder de diferentes maneras al intento solidario de búsqueda de soluciones, escucharse entre ellos en sesión es una situación altamente significativa y, generalmente, novedosa y de una potencia emotiva concentrada que lleva su tiempo digerir y elaborar.

Para el paciente designado supone un acercamiento a los demás y un intento de comprensión de su posición. Al final de una sesión de hermanos, cambia la narrativa de la problemática traída,

sintiéndose herederos de su historia familiar, pero no presos de la misma.

En ocasiones, la expresión emocional es vivida entre los hermanos como cierto descontrol, aunque esto no hace más que aumentar la cercanía y la valía mutuas. Entre ellos detectan y expresan su propia vulnerabilidad y la de los otros, reforzando su cercanía, la escucha, el respeto, y dándose cuenta quizá de su anterior alejamiento, ya que durante el tiempo de la sesión se sienten hermanos, hijos de sus figuras parentales. Refocalizado el tema por el terapeuta, tienden a la búsqueda de alternativas de cambio, apareciendo planteamientos hacia su propio futuro versus el guión familiar mítico.

Por todo ello, nos interesa esta alternativa de convocatoria fraternal que mueve y amplía el proceso terapéutico, alumbrando exponencialmente las posibilidades de cambio. Quizá, la propuesta de convocatoria fraterna, pueda parecer un “atrevimiento sistémico” del terapeuta contra los cánones clásicos de la terapia familiar, dónde el foco estaba siempre en los padres. Pienso que este mismo desafío, anima al acercamiento y a la autonomía de los propios hermanos y, al mismo tiempo, a la de los padres.

Creo que el encuentro acentúa la posibilidad de valorar y mejorar los vínculos entre ellos en aras de una mayor comprensión y adaptabilidad de la situación compleja que estén viviendo. Surgen nuevas posibilidades hasta entonces invisibilizadas por la complejidad familiar. Se pueden rescatar entre ellos, reencontrar, confiar y aceptar las diferencias con las que caminan a través de la historia familiar, sin sentirse presos de la misma.

No es extraño que al final de la primera sesión nos comenten que no hablaban juntos desde hacía mucho tiempo, e incluso, que no lo habían hecho nunca. Sirva esta confesión como una de las mejores connotaciones positivas que puede significar el encuentro terapéutico y la motivación al cambio.

7. PROCESO TERAPÉUTICO

Algo que caracteriza las sesiones con hermanos es que la definición del problema suele estar más cerca de éstos que de la historia de los padres. Ya que hablando para ellos mismos, y no para los padres, incluyen cada definición individual y la responsabilidad de su relato.

Este es un recurso de autonomía que como terapeutas debemos denotar, pues en el acto de confiar y de narrar se convierten en autores ellos mismos, responsabilizándose, aunque sea de forma somera o mínima, de su trocito de pertenencia a la fratría.

Validan que ninguno de los hermanos es el responsable de la salud mental de los demás, pudiendo detectar, al mismo tiempo, los triángulos estables que provocan malestar, designando al paciente como un hermano con exquisita sensibilidad que no intenta acaparar a nadie, y que se rebela, aún de forma extraña, para afirmar su independencia. Pueden, también, reconocer más claramente los intentos fallidos de hacer felices a los padres, y las consecuencias incontrolables de ese fracaso anunciado: padres insaciables, hijos no saciantes.

Otorgando protagonismo al sistema fraternal, cada uno desde su individualidad, denotan y atienden las distintas retroacciones de cada uno de ellos, a veces con un claro efecto terapéutico.

Todo este proceso, basado sobre una relación terapéutica significativa, que facilita la especificidad del encuentro, va dirigido en busca de adaptaciones parciales que conformen cambios. Ya que, en definitiva, a todos les interesa acercarse a un mayor confort emocional de pertenencia que no silencie ni anule el desarrollo de sus autonomías particulares. Como terapeuta, busco insistentemente reacciones de solidaridad, reconocimiento, admiración y aceptación entre hermanos, sobre todo al paciente designado.

Desde la atención a la Salud Mental pública, la cita “tipo” de una demanda individual, es citar al paciente, a aquel que solicita consulta para él. Tengo que añadir que en la atención pública no hay costumbre ni cultura de trabajar en familia los problemas mentales. Y ese es un trabajo de coordinación y redefinición de la demanda tras la petición de consulta. Desde mi perspectiva sistémica, si el paciente vive en la casa paterna, cito siempre a éste con los padres al menos a una consulta. Es probable que el paciente se niegue, pero admitiendo la consulta individual, voy preparando el contexto para ampliar los asistentes a las citas. Averiguo sobre padres y hermanos. Y decido en cada caso.

Aunque la casuística es abundante, me ha parecido interesante mencionar algunas de las situaciones que me suelo encontrar y las que trato de abordar desde una convocatoria a la fratría:

- En primer lugar, como ya se ha dicho, siempre hay planteada la cita con los padres, y no acuden a la convocatoria ni avisan de ello.
- Hijos adultos (no menores), convivientes en la casa familiar, con crisis graves que impregnan a toda la familia y cuyos padres muestran reticencia camuflada a acudir. Retrasan el encuentro aludiendo a razones variadas.
- Hijos adultos que desean acercarse entre ellos y diferenciar problemas parentales de la insatisfacción fraterna.
- Cuando los hermanos han funcionado con patrones de roles parentales delegados desde la formación de la fratría.
- Cuando los padres se encuentran en conflicto de pareja crónico, divorcio emocional no explícito o con estatus de “enfermos” de larga data.
- Cuando los padres no demandan para ellos ni para sus hijos, y la demanda llega por urgencias o a petición del médico de familia y otra entidad derivante, incluyendo la demanda propia del paciente designado.
- Cuando en la tarea de reconstruir la historia familiar, hay memoria común de haber sido hijos con carencia de padres, o de injusticias relacionales en las familias de origen o extensas, y el paciente no busca culpar ni exonerar, sino comprender y asumir en sí las carencias parentales.
- Cuando los hermanos aceptan abordar las triangulaciones con otros miembros de la familia con el objeto de cuestionarlas, aceptarlas y no dañar.
- Cuando los padres no desean acudir y/o reivindican cansancio y apatía en el proceso de cambio: “Que los hijos se apañen entre ellos”.
- Cuando los padres, explícitamente, se retiran del encuentro terapéutico.
- Y en cualquier momento del proceso terapéutico en el que un hijo esté dispuesto a invitar a sus hermanos. Todavía no hay costumbre de solicitar al terapeuta “que vengan mis hermanos”, pero si la relación terapéutica lo encuadra, puede ser un recurso más. Incluso puede ser “el recurso” cuando los padres ya no están.

Termino el artículo, animando a mis colegas terapeutas a trabajar encuentros con hermanos y hermanas de nuestros pacientes, ya que no sólo es una forma de poner en la mesa las palabras que identifican y nombran el sufrimiento individual y familiar, sino además de buscar otras alternativas para comprender y situar nuestros mundos emocionales más allá de la feroz y desconcertante alternativa que contiene la sola descripción de los síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Goffman, E. (1970). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu-Manguía

Neuburger, R. (1997). *La familia dolorosa. Mito y terapias familiares*. Barcelona: Herder, pág.137

de Bernart, R. y Buralli, B. (2006), Las raíces horizontales: los hermanos como recurso terapéutico, REDES Núm.16, Septiembre 2006, pp. 63-82.

Minuchin, S. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós, pág. 128

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1993). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.

Adolescent life project: An alternative of systemic intervention in diverse contexts

Pablo Andrés Concha Ponce^a, Milton Andrés Contreras Sáez^b

^aEscuela de Psicología, Universidad Autónoma de Chile. pablo.concha@uautonoma.cl, ^bCentro de Estudios y Gestión Social del Maule. Académico e Investigador. milton.contreras.saez@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 15-09-2020
Primera revisión: 31-10-2020
Aceptado: 30-11-2020

Palabras clave

proyecto de vida, terapia sistémica, adolescentes

Resumen

El presente trabajo tiene el objetivo de revisar y reflexionar sobre las alternativas y oportunidades que están presentes en la Terapia Sistémica Breve (TSB), incorporando la noción de Proyecto de Vida para el trabajo con adolescentes en contextos diversos. Es importante destacar que este artículo no pretende dar cuenta del gran número de técnicas o maniobras que ofrece la TSB, sino que revisa principios y pistas para el abordaje sobre la identidad saturada del problema que presenta cada adolescente que se encuentra inmerso en un dispositivo de intervención en contexto voluntario u obligado, entendido también como un contexto diverso, y, al mismo tiempo, contribuir al sentido de agencia en el desarrollo de su proyecto de vida.

Abstract

This paper aims to review and reflect on the alternatives and opportunities that are present in Brief Systemic Therapy (BST), incorporating the notion of a Life Project for work with adolescents in various contexts. It is important to note that this article does not attempt to give an account of the large number of techniques or manoeuvres offered by TSB, but rather reviews principles and clues for tackling the saturated identity of the problem presented by each adolescent who is immersed in an intervention device in a voluntary or obligatory context, understood by us as a diverse context, and, at the same time, contributes to the sense of agency in the development of his or her life project.

Keywords

life project, systemic therapy, adolescence

La adolescencia es un periodo complejo, en el cual se pone en juego la construcción y definición de la identidad personal (Papalia, 2005). También supone el inicio de importantes cambios individuales –físicos, cognitivos y emocionales– que se articulan con elementos socioculturales, dando forma a la construcción de la personalidad de cada adolescente. A su vez, es un periodo cargado de contradicciones, con múltiples metáforas que buscan describir este momento crucial en el desarrollo humano.

Para Medina (2011), la adolescencia es un invento cultural relativamente nuevo, es decir, el vínculo biología y cultura ha generado un estadio psicológico que hemos denominado adolescencia en los países occidentalizados. Cada sociedad define quien es un niño y quien es un adulto según las responsabilidades y exigencias que deben cumplir durante el transcurso de la vida (Concha, 2020).

El concepto de adolescencia no está exento a los discursos sociales dominantes que buscan definirla, esto porque el sujeto adolescente tiene vida en el constructo cultural que está presente en nuestra sociedad actual. Independiente de las diferentes características biológicas y psicológicas que caracterizan las diferentes fases de la adolescencia, todas impactan en las relaciones sociales con otros y en la construcción de identidad (Florenzano y Valdés, 2005)

La adolescencia caracterizada entonces como un proceso de evolución que trae consigo la reiteración de actitudes que, de acuerdo a Santrock (2004), permiten una (re) evaluación de su desarrollo y como este incide en la toma de decisiones de su desenvolvimiento en las estructuras sociales, pues se ajusta a ellas para acceder a las múltiples oportunidades que generen un bienestar psicosocial.

Entonces, el Proyecto de vida, es fruto de un conjunto de condicionantes sociales, de esfuerzos e intereses personales que se desarrolla en el tiempo y en las situaciones por las que transcurre la vida de las personas (Cepero, 2009). Mientras que Medan (2012) señala que el Proyecto de Vida es lo que una persona quiere ser para conseguir lo que anhela en un momento único y determinado. Una de las grandes premisas es que puede ser dinámico, permeado por las vivencias personales, familiares y de entorno que permiten cumplir o no las necesidades de una persona.

Otros autores señalan que el Proyecto de Vida es la forma de ser de la persona en el transcurso de su desarrollo, lo cual favorece su propio crecimiento a partir de diversas eventualidades que acontecen en el presente. Para esto es importante determinar qué, y cómo quiero tomar decisiones en el corto, mediano y/o largo plazo (Baldivieso y Perotto, 1995; Contreras, 2018; D'Angelo, 2000; Frankl, 2004).

Por lo tanto, en esta etapa del ciclo vital deriva en una articulación constante de crecimiento y madurez en base a las experiencias significativas que se desarrollan durante su vida, mediante los ámbitos personales, familiares y de los entornos reconocidos por los mismos jóvenes, en base a sus experiencias de vida y de las proyecciones futuras. Entonces, es la adolescencia el escenario ideal para el proceso de autonomización (Contreras, 2018).

2. PROPUESTA NO NORMATIVA DE LA INTERVENCIÓN

En primer lugar, desde una perspectiva postestructuralista se apoya la idea de que no existen verdades universales, cobrando relevancia las construcciones locales y sociales. La postura constructivista se define desde ciertos supuestos, los que en síntesis indican que los significados y comprensiones lingüísticas dependen del uso que se haga del lenguaje en la interacción, no habiendo cabida a la validez universal que cada objeto o fenómeno exija por sí mismo (Gergen, 2009).

Esta perspectiva sostiene que los significados y relatos que el adolescente construye en su interacción con el mundo, determinan su forma de vivir en el mundo. Es entonces importante comprender que existen múltiples verdades y saberes en el discurso que cada uno construye de sí mismo.

Selekmán (1996), propone transformar a los adolescentes como asesores expertos, indagando

qué es lo que el terapeuta debe o no hacer con ellos y sus padres. Esto va en la dirección de potenciar una relación simétrica, cercana, que permita luego desarrollar confianza.

También tiene relación con adoptar una posición de ignorancia en la terapia. Anderson y Goolishian (1996), la describen como las acciones y actitudes del terapeuta en la necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho, y no transmiten opiniones preconcebidas acerca del cliente, el problema o lo que debe cambiarse.

Es importante entonces que el acompañamiento terapéutico a los adolescentes y también a sus familias, debe estar orientado al conocimiento, “saberes” y habilidades. Reconocer lo anterior, permite enriquecer las descripciones que tienen de sus vidas, sus sueños y proyectos en la vida. Por lo tanto, se sostiene en una ética de respeto de los relatos y las historias.

Para desarrollar aquel trabajo, de manera autónoma o con acompañamiento, ya sea por parte de la familia u otros agentes, se propicia la generación de objetivos y metas, encauzar sus esfuerzos y establecer a donde quiere llegar, a través de un conjunto de requerimientos internos y externos con los que evaluará la importancia de ser, hacer o tener (Contreras, 2018). Los modelos centrados en la psicoeducación permiten enfocarse en las necesidades, vulnerabilidades, particularidades, recursos y fortalezas de los adolescentes y su entorno próximo, ya sea familiar como pares (Contreras, 2020).

3. ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES Y PROYECCIÓN AL FUTURO

Básicamente consiste en iniciar una conversación enfocada que permita construir soluciones y nuevos cambios en el futuro. Además, por medio de estas conversaciones, estamos explorando en los recursos y habilidades presentes en el adolescente y su familia.

Medina (2016) sostiene que además de proporcionar información importante sobre los recursos de la familia, también puede ayudar a los padres y a los hijos a recordar habilidades olvidadas y así incrementar la motivación en el proceso interventivo.

Reflexionar entonces, sobre lo que deben hacer para lograr sus objetivos, resulta una tarea primordial en cualquier etapa del ciclo vital, especialmente en la adolescencia. Además, permite fortalecer la personalidad, donde la búsqueda de las metas personales y la colaboración, logran establecer multidimensiones de un curso vital que se construye en el día a día (García-Yepes, 2017).

Herrero de Vega y Beyebach (2018) proponen tres estrategias comunicacionales para las conversaciones sobre el futuro deseado:

1. Elicitar: iniciando el diálogo con preguntas centradas en soluciones (proyección al futuro, pregunta por los cambios y escalas).
2. Ampliar: invitar a los adolescentes a construir descripciones en términos de conductas interactivas, concretas y en positivo.
3. Anclar: consiste en ayudar a los adolescentes a atribuirse el control sobre los cambios: que identifiquen de qué forma han conseguido producir las mejorías.

Estas estrategias permiten la visualización de un futuro deseado, iniciar el diseño de un plan de acción, de un proyecto de vida acorde a la disposición motivacional y valores vitales de cada persona.

4. EXTERNALIZACIÓN

Según White (2002), los significados con los cuales interpretamos la realidad no son neutrales en cuanto a sus efectos en nuestras vidas, sino que tienen efectos reales en lo que hacemos y en los pasos que damos en la vida.

Payne (2002) sostiene que externalizar el problema significa mantener una actitud de que las dificultades son algo que afecta a la persona, no algo que forma parte de ella. De esta forma, se insta a las personas a cosificar, y a veces a personificar, los problemas que las oprimen (White y Epston, 1993).

Respecto de lo anterior, es importante sostener conversaciones externalizadoras con los adolescentes sobre los discursos dominantes que rigen sus vidas, aquellos que hacen referencia a cómo debe ser un proyecto de vida adecuado, socialmente aceptado. Para esto se requiere que interventores logren reconocer las potencialidades, recursos y fortalezas de los adolescentes.

En un contexto obligado de intervención, donde predomina la etiqueta de un diagnóstico centrado en el déficit, que refuerza la etiqueta de “adolescente problema”, es conveniente pensar la intervención tanto con el adolescente como con su familia, separando el problema de la identidad de éste. Con esto, se busca liberar la identidad de la persona de los efectos negativos del etiquetamiento, permitiendo la recuperación de la capacidad de identificar aspectos de la experiencia que han sido ignorados.

En este escenario, se reconoce al adolescente como un “sujeto vulnerable”, especialmente a la hora de tomar decisiones, pudiendo generar frustración de manera más rápida, mermando la capacidad de actuar, generar temor y desorientación (Tobar y Lautaro, 1999). Ya sea un adolescente con alto acompañamiento familiar o con alteraciones, ya que todos y todas tienen el mismo derecho e ilusión de tener sueños y proyectos (Campos, 2012).

5. EXCEPCIONES AL PROBLEMA

La búsqueda de excepciones facilita la construcción de nuevos significados, relatos alternativos, con énfasis en lo positivo, en aquello que hemos ignorado anteriormente. En este proceso, la familia es una pieza clave, ya que cada vez que observan los momentos en donde no se presentó el problema atribuido al adolescente, están redescubriendo recursos que permiten construir soluciones. De Shazer y sus colegas construyeron el modelo a partir del supuesto básico de que todas las personas cuentan con fuerzas y recursos para cambiar y de la idea de que ningún problema sucede todo el tiempo, es decir, de que hay excepciones a la regla (Selekman, 1996).

García y Schaefer (2015) sostienen que hay distintos tipos de excepciones:

1. Aquellas que ya se producían antes de iniciar la terapia.
2. Aquellas que se producen entre el momento de concertar la entrevista y el momento en que la entrevista tiene lugar (cambios pretratamiento).
3. Aquellas que aparecen una vez iniciado el proceso terapéutico. A estas excepciones los autores las denominan “avances” o “cambios terapéuticos”.

No podemos desconocer el efecto terapéutico del trabajo con excepciones con adolescentes y su familia, pues es fundamental para el desarrollo de alternativas para el cambio. Sin embargo, esto requiere de un interventor que mantenga permanentemente conversaciones sobre el cambio, con énfasis en la conducta que estará presente cuando el problema esté resuelto. Esto se puede lograr por medio de preguntas en cada encuentro, así como tareas para el hogar entre sesiones. De Shazer (1997), sostiene que la finalidad de las tareas para el hogar es ayudar a la persona construir su experiencia de un modo diferente y transformar la descripción que hace de la situación; es decir, incrementar la conversación del cambio en sesiones posteriores.

6. ESTRATEGIAS DEL INTERVENTOR

El objetivo de mantener los elogios en nuestras conversaciones terapéuticas, es resaltar los aspectos positivos en el adolescente, y de esta forma, reforzar también la descripción positiva que mantiene la familia sobre éste.

García y Schaefer (2015), sostienen que los elogios pueden ser entregados de forma directa e indirecta.

- a) Directa: cuando se destaca explícitamente los recursos que el clínico ha captado genuinamente en la conversación.

- b) Indirecta: simplemente resaltando partes del discurso del cliente, subrayándolo como se subrayan las excepciones.

En ambos casos, lo que se está haciendo es reenmarcar aquellas cosas que funcionan, potenciando las habilidades y capacidades de la persona.

Por tanto, el elogio terapéutico se puede operacionalizar por medio del reconocimiento y desarrollo de lo que Contreras (2020) denomina los siguientes hitos:

- a) Redes de apoyo: reconocimiento de redes construidas por los mismos adolescentes, ya sea desde una organización formal, estructurada o de manera informal como grupos de interés. Es importante que no solo se base en un nivel de intervención indirecta, sino que también se lo logre tener un primer acercamiento con las más relevantes.
- b) Recursos: se caracteriza por ser un filtro de análisis colaborativo con el adolescente, con la finalidad de poder evidenciar cuales son los recursos que la vida le ha ofrecido durante su desarrollo, lo cual permite además categorizar las principales redes de apoyo.
- c) Potencialidades: en este hito, el interventor y el adolescente reconocen cuales son las dimensiones por desarrollar, en base cualidades, gustos, sentimientos, factores protectores, factores socializadores y motivaciones.
- d) Fortalezas: se basa en una perspectiva adolescente y no del interventor, ante lo cual las fortalezas a identificar no son sobre la intervención, sino más bien sobre la articulación de los recursos y potencialidades del adolescente, lo cual, al ser reconocido por dicho agente, permite que logre desarrollar de manera autónoma una mayor capacidad de resiliencia y autoestima.

Estos hitos permiten que el interventor pase a tener un rol secundario de mediador y negociador, comenzando a modelar entre el adolescente y sus contextos sociales próximos. Estas estrategias permiten reconocer la diversidad de adolescentes con quienes se trabaja y generar una estrategia de inclusión en un espacio propio del adolescente y no del interventor.

7. CONCLUSIÓN

En estas páginas, se presentan a modo general algunas alternativas y oportunidades en Terapia Sistémica Breve asociada al trabajo en proyecto de vida con adolescentes en contextos diversos. Las maniobras presentadas forman parte de una propuesta de intervención de carácter no normativa, pues no refuerzan ni reproducen formas de vida valoradas por la cultura dominante –consideradas como buenas o malas– por medio de etiquetas negativas, como, por ejemplo, adolescentes “difíciles”, sino que buscan abrir nuevos caminos en la construcción de soluciones coherentes para cada persona, su visión de mundo y su contexto sociohistórico único.

Además, son ideas cuyo énfasis está puesto en la despatologización de la conducta de los adolescentes, que surgen de la posición de ignorancia del interventor, desde donde manifiesta un interés genuino por los nuevos significados que emergen de las conversaciones terapéuticas donde el adolescente, su historia de vida y su visión de futuro son protagonistas.

Esta es una invitación a que interventores de cualquier disciplina de las Ciencias Sociales y Humanas, especialmente Psicólogos y Trabajadores Sociales, que trabajen directamente con adolescentes y sus familias, logren desarrollar estrategias comunicacionales que permitan reconocer las redes de apoyo, potencialidades, fortalezas y recursos durante todo el proceso de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Barcelona, España: Paidós.

- Baldivieso, L. Perotto, C. (1995). *Prevención y Proyecto de Vida en la Salud de adolescentes y del joven*. Organización Panamericana de la Salud (552).
- Campos, B. (2012). Las Ciencias Sociales ante la reeducación de menores: El Programa Camino-Colonia y la participación ciudadana. (N. de Alba, F. García, y A. Santisteban, Edits.) *Educación para la participación ciudadana en la enseñanza de las ciencias sociales II* (121-130).
- Cepero, A.B. (2009). *Las preferencias profesionales y vocacionales del alumnado de secundaria y formación profesional específica*. Granada: Universidad de Granada. Facultad de ciencias de la Educación. Tesis Doctoral inédita. Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/18751362.pdf>
- Concha, P. (2020). Autolesiones y adolescencia: Abordaje desde la terapia sistémica breve. En P. Concha y F. García (Eds.), *La adolescencia hoy: Problemas y soluciones para terapeutas* (pp.41-56). Nueva Mirada Ediciones.
- Contreras, M. (2018). Dimensiones del Proyecto de vida en Intervenciones Familiares. Investigación/Intervención desde perspectiva adolescente en Centros Residenciales de la Región del Bio Bio. *Revista Electrónica de Trabajo Social* (18), 94-103
- Contreras, M. (2020). Proyecto de vida: Propuesta de Investigación/Intervención Psicoeducativa no normativa en adolescentes. En P. Concha y F. García (Eds.), *La adolescencia hoy: Problemas y soluciones para terapeutas* (pp.57-75). Nueva Mirada Ediciones.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona, España: Gedisa.
- Florenzano, R., y Valdés, M. (2005). Conductas de riesgo adolescentes y factores protectores. *El Adolescente y sus Conductas de Riesgo*. Ediciones Universidad Católica de Chile, 99-112.
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial.
- García, F. y Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve. Aportes desde la terapia sistémica*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- García-Yepes, K. (2017). Construcción de Proyectos de Vida Alternativos (PVA) en Urabá, Colombia: papel del sistema educativo en contextos vulnerables. *Estudios pedagógicos (Valdivia)* 43(3), 153-173.
- Gergen, K. (2009). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Herrero de Vega, M. y Beyebach, M. (2018). *Intervención escolar centrada en soluciones*. Conversaciones para el cambio en la escuela. Editorial Herder.
- Medan, M. (2012). ¿"Proyecto de vida"? tensiones en un programa de prevención del delito juvenil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, 79-91.
- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica*. Guadalajara, México: Red Américas.
- Medina, T. (2016). La práctica centrada en soluciones con menores en situación de riesgo y sus familias. En F. García y M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 169-185). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Papalia, D., Wendkos S., Duskin R. (2005) *Psicología del Desarrollo*, México: Editorial Mac Graw-Hill.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona, España: Paidós.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio: Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Tobar, M. y Lautaro, A. (1999). *Los jóvenes emprendedores en busca del éxito, mediante la consolidación de sus proyectos de vida*. Colombia: Fundación Pro-pasos.
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona, España: Paidós.

¿Es suficiente una App para encontrarse!?

Investigación exploratoria sobre el uso de las App en la práctica clínica.

Is an app enough to meet?!

Exploratory research on the use of App in clinical practice

Marika Buciuini^a, Eleonora Paparo^a, Lisa Ferrara^a, Sara Puosia^a, Rossella Capecchi^a,
Valentina Albertini^a, Gianmarco Manfreda^b

^aCentro di Studi e Applicazione Psicologia Relazionale, Prato- Italia. info@marikabuciuini.com,

^bDirector del Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato (CSAPR).

Historia editorial

Recibido: 14-09-2020

Primera revisión: 31-10-2020

Aceptado: 30-11-2020

Palabras clave

app, enfoque narrativo, relación terapéutica, comunicación

Resumen

Como terapeutas relacionales sistémicos no podemos ignorar los fenómenos sociales y su evolución con la innovación digital. Nuestro trabajo surge de la experiencia como terapeutas que, aficionados a las historias de sus pacientes, se encuentran con historias que implican una nueva forma de relacionarse: la App. Observando cómo la App puede desempeñar un papel importante dentro del contexto terapéutico, a veces llegando a ser un poderoso medio de acceso al mundo del paciente, hemos creado un cuestionario ad hoc, aplicado en línea, para evaluar sus empleos. La nuestra es una investigación exploratoria que tiene como objetivo observar cuánto espacio toman las App en la práctica clínica, proporcionando una lectura cualitativa de esta nueva variable que acaba jugando un papel en la relación con los pacientes, ajustándose en la danza terapéutica y entrelazándose con la formación, curiosidad y creatividad del terapeuta.

Abstract

As relational therapists, we cannot ignore social phenomena and how they evolve with digital innovation. Our work stems from the experience as therapists who, passionate about the narratives of their patients, come across stories that intersect with a new way of relating: the App. In our clinical practice we have observed how the App can play an important role within the therapeutic context, sometimes becoming a powerful means of access to the patient's world. We have therefore created an ad hoc online questionnaire to assess its use. Ours is an exploratory research that aims to travel (virtually and not) to the therapy rooms by observing how much space is given to the App in clinical practice, providing a qualitative reading of this new variable that ends up playing a role in the relationship with patients. Variable that fits in the therapeutic dance and is intertwined with the training, curiosity and creativity of the therapist.

Keywords

app, narrative approach, therapeutic relationship, communication

1. INTRODUCCIÓN

Partimos de una premisa: la tecnología no podrá, por sí sola, hacer funcionar ninguna terapia, tampoco puede hacerlo ninguna técnica: del mismo modo, ninguna tecnología podrá hacer que no funcione un proceso terapéutico. En efecto, sigue siendo siempre la relación entre terapeuta y paciente que hace la terapia posible o no (Manfrida et al., 2020).

Cuando, en 2019, se presentó la oportunidad de participar en *Relates 2020* en Paraguay, ya estábamos pensando en hablar de las “narrativas digitales” que entran en la sesión de terapia a través de la puerta del terapeuta o del paciente. No podíamos imaginar que de allí a pocos meses, inmediatamente después de la administración de nuestro cuestionario en línea, Italia y el mundo habría sido amenazado por la pandemia de coronavirus COVID-19; ésta ha hecho más actuales que nunca nuestros interrogantes sobre el uso de las App en terapia, proporcionándonos material sobre el cual realizar profundizaciones y redefiniciones de los nuevos sectores, modalidades comunicativas y relacionales. Más de una vez durante el entrenamiento formativo en el CSAPR de Prato, estudiantes y docentes hacían referencia al uso de las App para comunicar con los pacientes fuera de la sala de terapia, pero ¿Qué pasa cuando la App se insinúa en las narraciones dentro del despacho? ¿Cuándo en un segundo nos encontramos catapultados en un mundo que habla de *hashtag*, *post*, *ADS*, *XP*, *like*, *icebreaker*? Son términos que pueden abrir a nuevas posibilidades y temas sino también al riesgo de hacernos saltar a la silla sufriendo las peores preguntas y dudas.

Dudas y preguntas no sólo sobre el conocimiento de la App, sino también sobre su uso como narrativa nueva y distinta dentro de la relación terapéutica. Así que mirábamos con nuevos ojos las narrativas de algunos pacientes de diferentes edades que, durante la sesión, hablaban del último *like* encontrado en *Tinder* que tanto los hirió, del mensaje enviado en *WhatsApp* a la amiga sin haber recibido respuesta alguna, de su orgullo por haber superado otro nivel de *Candy Crush* a pesar de que los otros jugadores eran realmente fuertes o de los corazones rojos enviados por su padre con Facebook el día de su propio cumpleaños. Nos hemos preguntado, entonces, si y cómo tales comunicaciones, dentro del *setting*, aceptadas o ignoradas, podrían acercar o alejar terapeuta y paciente y, en el caso, qué aspectos relacionales entraban en juego.

Berger y Luckman (1966) en su modelo sociológico de la construcción de la realidad nos recuerdan que “entre las múltiples realidades hay una que se presenta como la realidad por excelencia: la realidad de la vida cotidiana” a menudo hecha de rutina, operaciones habituales y automáticas que corren el riesgo de aplanar la relación entre sí y el mundo, en particular cuando la tecnología la está mediando.

Precisamente Borgmann (1999) nos recuerda que la realidad virtual e informática tiene formas particulares de participación y que no “proporciona informaciones sobre el mundo ahí fuera, (...) aspira a ser rica y atractiva e informativa de nuestro interior” (...) y por lo tanto la realidad informática “constituye una realidad de sí mismo” (...).

App de encuentros, juegos, mensajería instantánea y social permiten construir una realidad de constante implicación interaccional pero que puede convertirse en un monólogo entre Sí y el Otro; en la sala de terapia, este monólogo puede ser socialmente compartido y, integrando pasado y presente, revalorizado en una nueva historia alternativa plausible, convincente y estéticamente válida (Manfrida, 2014). La narrativa digital puede convertirse en un espacio nuevo, vivido, compartido. El debate sigue siendo amplio y aún necesita profundización. Es indudable que estas narrativas son un enriquecimiento del contexto relacional de los sujetos y que pueden ser consideradas como una oportunidad de intercambio, crecimiento y adaptación en lo que nos toca a nosotros evaluar el valor, caso por caso, para aumentar la eficacia terapéutica.

Lévy (1996) nos permite profundizar en el dualismo “virtual y real”, conceptualizados no como el virtual contrapuesto a lo real, sino a lo actual: lo virtual se convierte así en lo que aún no se ha actualizado y que posee un potencial de innumerables realidades. Cuestionando el enfoque reduccionista que cierra el concepto de virtual en el ámbito de la tecnología, amplía su perspectiva apoyando el proceso de virtualización que implica la imaginación, la capacidad de proyectar la creatividad en una dimensión compleja de la acción, cuestionando las dimensiones del alma humana en una continua reelaboración de los significados.

Desde estas bases filosóficas y desde la superación de este dualismo, hemos puesto las bases a nuestras preguntas que se han traducido en el siguiente objetivo: una investigación exploratoria sobre el uso de las App en la práctica clínica, es decir describir cómo los profesionales se acercan a las App. Nuestro propósito es comenzar una investigación cuantitativa y cualitativa sobre esta nueva variable que entra a formar parte de la relación con los pacientes y mostrar cómo la App puede constituir un medio narrativo dentro de la relación terapéutica.

Para empezar a investigar la utilización de las App en psicoterapia, hemos elegido un análisis cualitativo del fenómeno con el fin de obtener datos que proporcionen detalles y profundizaciones necesarias para comprender:

- cómo los profesionales se acercan a las App
- cómo esta nueva variable entra a formar parte de la relación con los pacientes
- cómo la App puede convertirse en un medio narrativo dentro de la relación terapéutica.

Con el fin de idear una herramienta válida para nuestra investigación cualitativa, se ha llevado a cabo una investigación preliminar para recopilar un gran número de informaciones relativas al ámbito de la comunicación en línea y al ámbito específico de las App.

Por lo tanto, hemos construido un cuestionario *ad hoc*, formado por 38 preguntas con respuesta cerrada, divididas en áreas específicas:

- variables sociográficas del profesional al que se dirige el cuestionario
- variables relacionadas con el uso cuantitativo de las App
- frecuencia y uso de las App según el tipo de pacientes
- frecuencia y uso de las App de citas por el paciente en la práctica clínica
- expectativas del terapeuta con respecto al uso de las App

La muestra a la que se dirige el cuestionario está compuesta por profesionales de la salud mental pertenecientes a listas de correo del *Centro Studi de Prato* y por profesionales que forman parte de grupos profesionales dentro de redes sociales. Los datos están referidos al año 2019 y al final hemos obtenido una muestra de 132 sujetos.

Se ha llevado a cabo un análisis cualitativo centrado en las principales cualidades y peculiaridades de esta forma particular de comunicación entre terapeuta y paciente. Por lo que se refiere al procedimiento utilizado, se ha recurrido a la codificación del material examinado en relación con las App. Se ha realizado un análisis de las App basado en los ítems previamente construidos, tratando de obtener, gracias a la cuadrícula de codificación, resultados según los propósitos prefijados. Los resultados del análisis de los datos recogidos se ilustrarán con la descripción de tres macroáreas:

- perfil del profesional y del paciente
- uso y descripción cualitativa y cuantitativa de las App
- expectativas del terapeuta hacia el uso de las App

3. RESULTADOS

PERFIL DEL PROFESIONAL

De acuerdo con la literatura el 85% son mujeres profesionales y el 15% son hombres; edad tope a los 38 años (11%), luego a los 40 años (7,3%) y después a los 33 años (6,6%); de toda forma

podemos decir que la edad media son 40 años. En lo que respecta a la cualificación profesional, el 68% son psicólogos y psicoterapeutas, el 27% psicólogos y psicoterapeutas en formación, el 2% son médicos y psicoterapeutas y por fin el 2% son psicólogos y el 1% es un educador. Por lo tanto podemos decir que el 97% son profesionales psicoterapeutas ya calificados o en formación.

En cuanto a la orientación teórica de la especialización, el 59% resulta ser terapia relacional/sistémica/familiar, luego tenemos el 7% de terapia psicoanalítica. También encontramos el 7% que forman parte de la orientación cognitiva conductual y luego se distribuyen más o menos equitativamente entre las demás orientaciones (2%). La prevalencia en la muestra de terapeutas relacionales sistémicos está probablemente relacionada con el mayor compromiso de los colegas de la misma orientación de los autores. Por lo tanto, aunque somos conscientes de la imposibilidad de realizar comparaciones significativas, hemos decidido informar de los resultados completos, a la espera de ulteriores comprobaciones y profundizaciones específicas.

En general el dibujo del profesional es bastante representativo de la realidad italiana en línea con la fuente del Consejo Nacional del Colegio de Psicólogos de 2016 en el que encontramos el cuadro de una población predominantemente femenina con el 77% de los miembros menores de 50 años.

Por lo que se refiere al ámbito de la profesión, ha surgido un dato muy significativo: el 89,1% trabaja en el ámbito privado y sólo el 10,9% en el sector público. Para los años de ejercicio de la profesión, podemos observar que un pequeño porcentaje indica que trabaja desde hace menos de un año (4,4%), el 32,8% responde que trabaja desde hace 1 hasta 5 años y el 28,5% desde 6 hasta 10 años. El 19,7% entre 11 y 15 años, mientras que sólo el 14,6% trabaja desde hace más de 15 años. Cruzando los datos obtenidos se puede observar que el 20,45% de los profesionales que están al principio de la profesión y que han declarado trabajar desde hace 1 hasta 5 años, tienen una formación sistémico relacional.

Con respecto a las horas trabajadas por mes se nota que es muy variable. Hasta 10 horas son el 21,2% y también de 11 a 20 horas son el 21,9%. De 21 a 30 horas son el 19%, de 31 a 40 horas el 16,8%. De 41 a 50 horas, en cambio, tenemos sólo el 5,1% y luego subimos más allá de 51 horas con el 16,1%. Los profesionales informan que sus pacientes utilizan las App en el 69% de los casos.

PERFIL DEL PACIENTE

Hay App para cada necesidad, Manfrida (2020) hace una excursus: App de mensajería, App de citas, App de *gaming*, App de localización y control, App para confesarse, App para informar de sus movimientos intestinales, incluso App *nothing*, la App que no hace nada. En este vasto mundo nos hemos preguntado cuáles son las App más utilizadas por los pacientes. Los resultados muestran que, seguramente, las App de mensajería y de social *network* son las que predominan. Menos frecuentemente se encuentran las App de *gaming* y de citas. A partir de los resultados hemos observado una correlación entre el tipo de tratamiento y la App más utilizada: se encuentran las App de *gaming* principalmente en las terapias con niños, las de social *network* con adolescentes y las de citas con individuos adultos.

En la comunicación entre terapeuta y paciente las App más utilizadas son aquellas de mensajería (principalmente para mensajes logísticos y de citas) y luego las de social *network* (medio profesional del terapeuta y a veces como primer contacto con el paciente).

En general podemos afirmar que el setting principal de utilización es lo de la terapia individual con adultos (75%), después lo con adolescentes (20%), para luego distribuirse en porcentajes minoritarios en ámbitos de terapia con niños, de grupo y de pareja.

También nos preguntamos por qué los pacientes recurren a las App y hemos obtenido una descripción cualitativa de las App utilizadas (Gráfico 1):

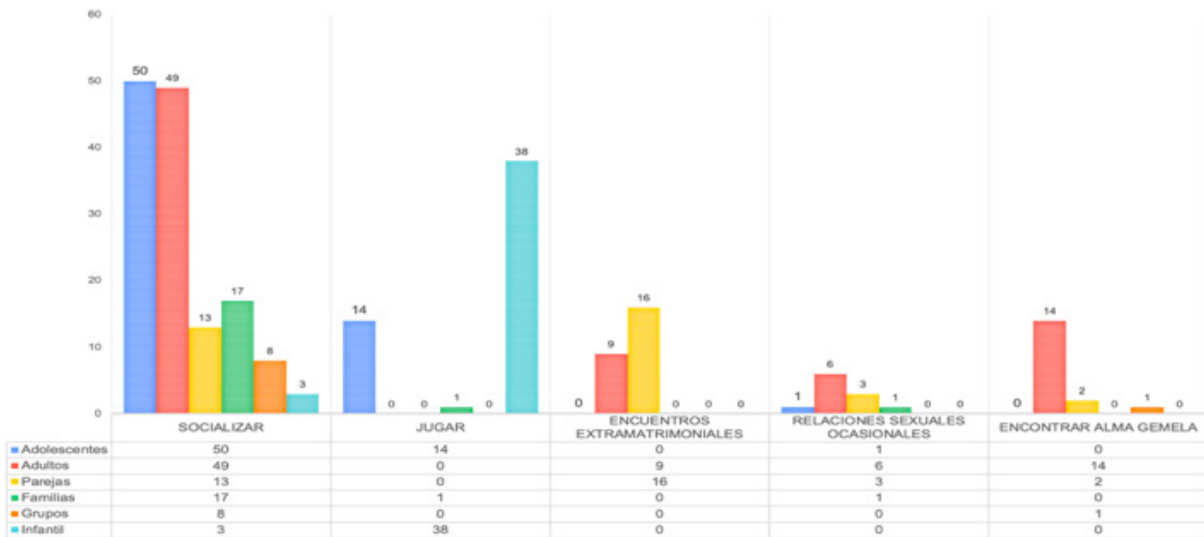


Gráfico 1: ¿Con qué fin se utilizan las App?

A primera mirada, este gráfico nos muestra la realidad banal y dominante por la que los pacientes informan a los colegas que recurran a las app principalmente para socializar.

A una mirada más atenta, sin embargo, los terapeutas sistémicos se pueden preguntar qué submundo sociológico está escondido detrás de esta primera fachada, y por lo tanto se preguntan si las App se utilizan con el único fin de socializar y nos llama la atención el dato relativo a las parejas. La frecuencia con la que se recurre a las App en las parejas en relación con encuentros extramatrimoniales parece indicar un uso de las App para desarrollar aspectos más vivos y menos socialmente aceptables de la propia existencia.

Suponemos que las App confirman la realidad social banal dominante del paciente, pero al mismo tiempo le permiten escaparse abriendo nuevas ventanas a su ser.

USO Y DESCRIPCIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DE LAS APP

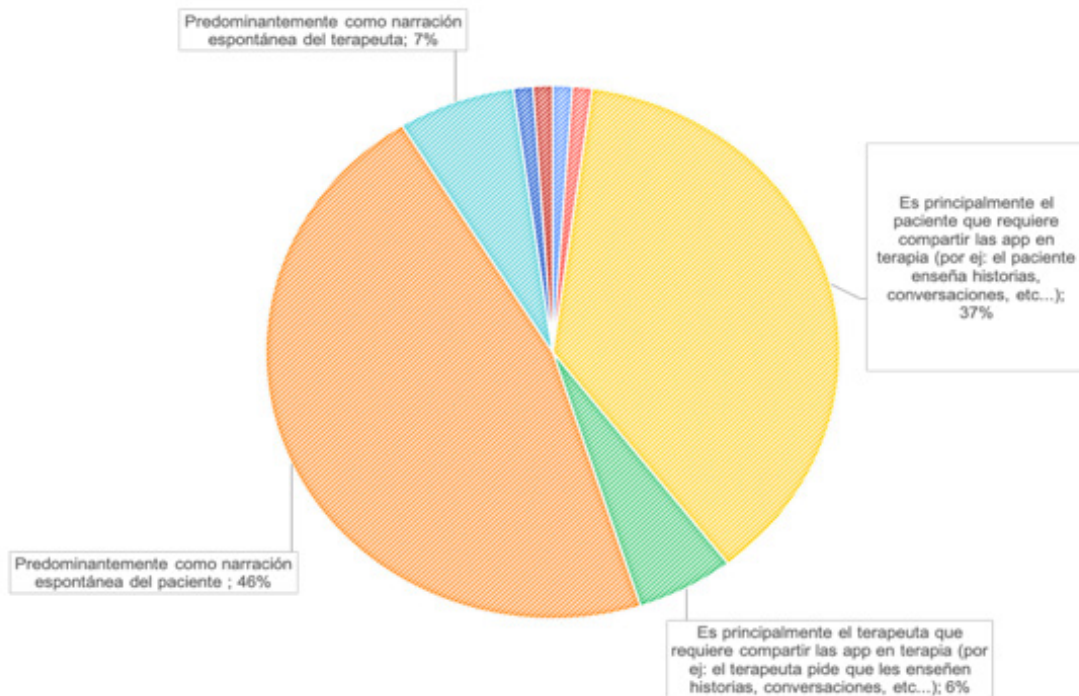


Gráfico 2: Uso y descripción cualitativa y cuantitativa de las App.

¿Quién introduce el tema de la App en terapia?

Según los resultados obtenidos, en el 87% de los casos es el paciente: el 46% como narración espontánea durante la conversación terapéutica mientras que en el 37% él solicita al terapeuta el permiso de mostrar el contenido de la App.

Boscolo y Bertrando han escrito sobre la presentificación de los ausentes; ahora tenemos una presentificación a través del móvil: el paciente nos muestra fotos de familiares, amigos y amantes (Albertini in Manfrida et al. 2020).

Ceberio (2019) escribe sobre Bateson: “Para Bateson, gracias a su facultad de lenguaje verbal y paraverbal, las personas crean realidades en la acción; mediante interacciones, creencias, valores, significados, conductas, se construyen realidades (...)”. Según Bateson el concepto de comunicación incluía todos los procesos mediante los cuales una persona influía en otra u otras, lo que significa que para él la comunicación es lo que posibilita las relaciones humanas.

Otra pregunta que nos hicimos se refiere a la posible diferencia entre profesionales de distintos modelos psicoterapéuticos en la introducción del tema de la App en terapia: como podemos ver en el gráfico 3, con terapeutas de todas las orientaciones es principalmente el paciente que introduce espontáneamente la App en terapia.

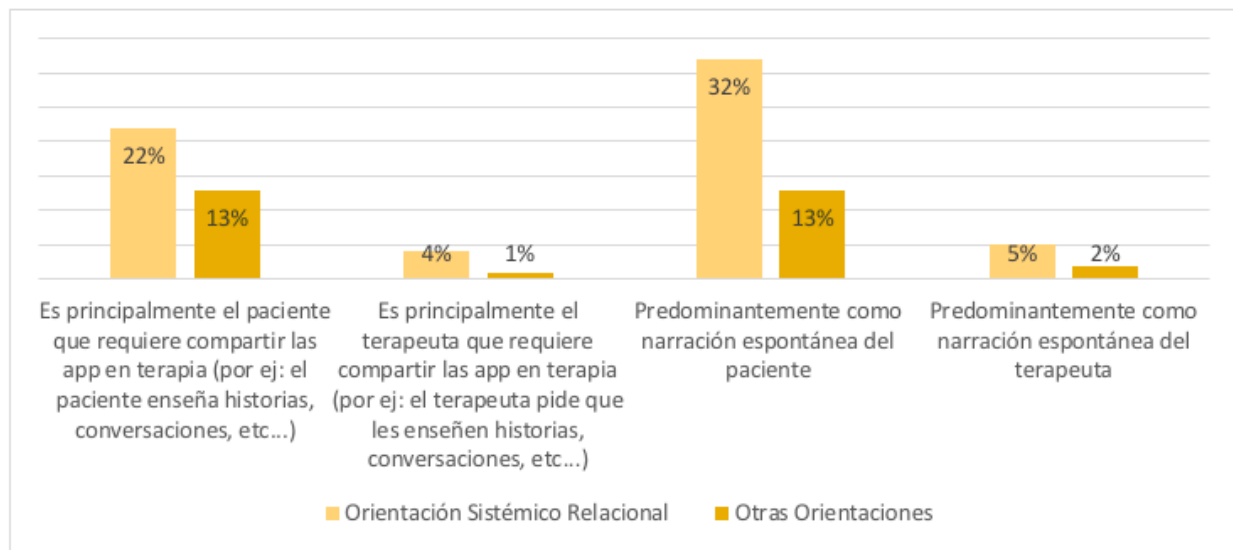


Gráfico 3: ¿Quién introduce la App en terapia?

Nos ha llamado la atención que en la orientación sistémico-relacional surge un porcentaje modesto (sólo un 4%) dado por “el terapeuta que requiere compartir la App en terapia”. Esperábamos, quizás, un valor mayor por parte de los sistémicos de recurrir a la App como una ventana adicional por la terapia.

Pensamos también en lo que escriben Linares y Ceberio (2005) a propósito de la formación del terapeuta: “La dimensión ecológica reside en el convencimiento del psicoterapeuta de su condición de elemento del ecosistema entre otros muchos elementos no menos importantes ni útiles que él. Gracias a este convencimiento, su práctica se integra y se contextualiza con un sentido de complejidad que es, además, la clave de una deslumbrante sencillez”.

Otro dato interesante de los resultados de la investigación es lo relativo a la frecuencia con que el terapeuta recurre a las App como medio terapéutico.

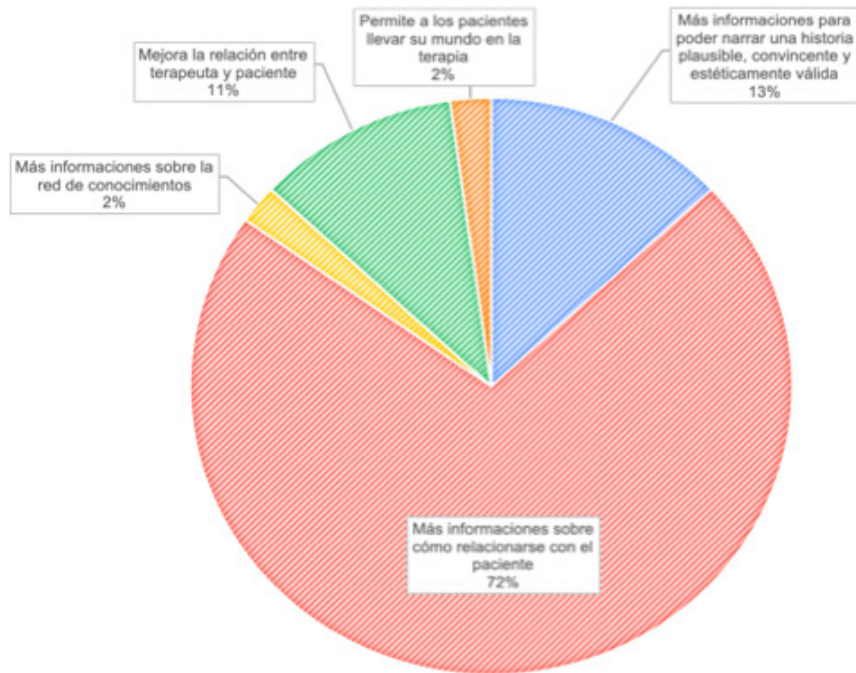


Gráfico 4: frecuencia con qué el terapeuta recurre a las App como medio terapéutico.

Este gráfico nos da una idea más de nuestra hipótesis inicial: entre los profesionales entrevistados, aquellos que afirman recurrir a las App como instrumento para introducir nuevas narrativas en la relación terapéutica son el 72%.

¿Utilizar las App o no utilizarlas en terapia? Parece que la mayoría de los profesionales no tenga miedo de la novedad, muy conscientes que...“Toda elección comunicativa (...) tiene un significado relacional que se traduce en terapia e implica una aceptación de responsabilidad por parte del terapeuta, cuyos límites deben definirse en clave relacional coherente con los objetivos de la terapia” (Manfrida, 2020).

EXPECTATIVAS DEL TERAPEUTA HACIA EL USO DE LAS APP

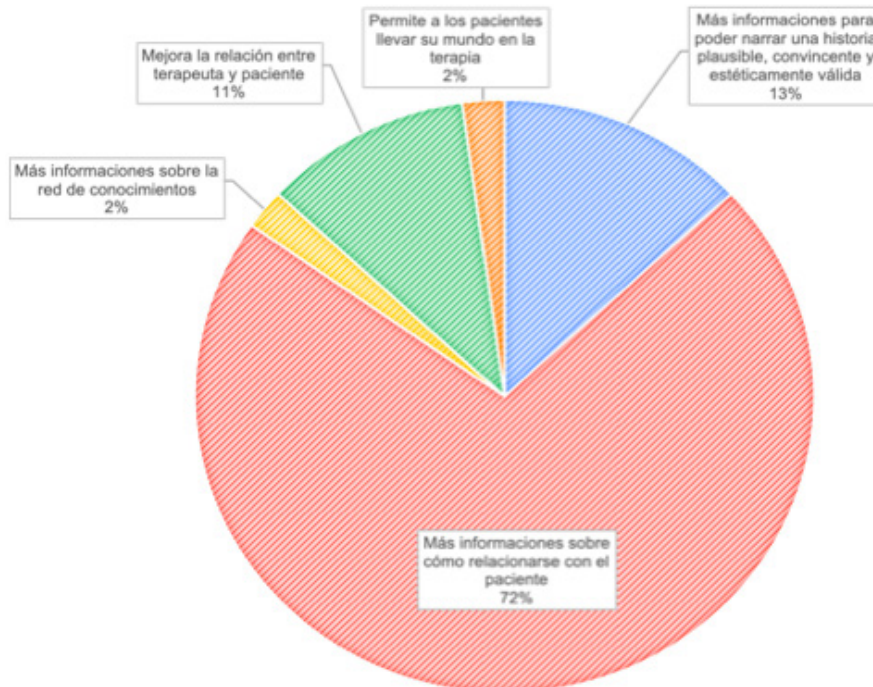


Gráfico 5: Expectativas del uso de las App por los terapeutas.

El gráfico 5 ilustra como el 98% de los profesionales entrevistados afirma que el uso de las App aporta beneficios a la terapia: en efecto, consideran que puede proporcionar más informaciones sobre el modo de relacionarse con el paciente (72%). Pero sólo hay un 13% que recurre a las App como herramienta narrativa en sentido de recoger más informaciones para poder narrar una historia plausible, convincente y estéticamente válida. Para el 11% de los colegas, las App pueden mejorar la relación entre terapeuta y paciente.

Además de las ventajas, sin embargo, han surgido de la investigación también algunas desventajas con las que pueden enfrentarse los terapeutas (gráfico 6).

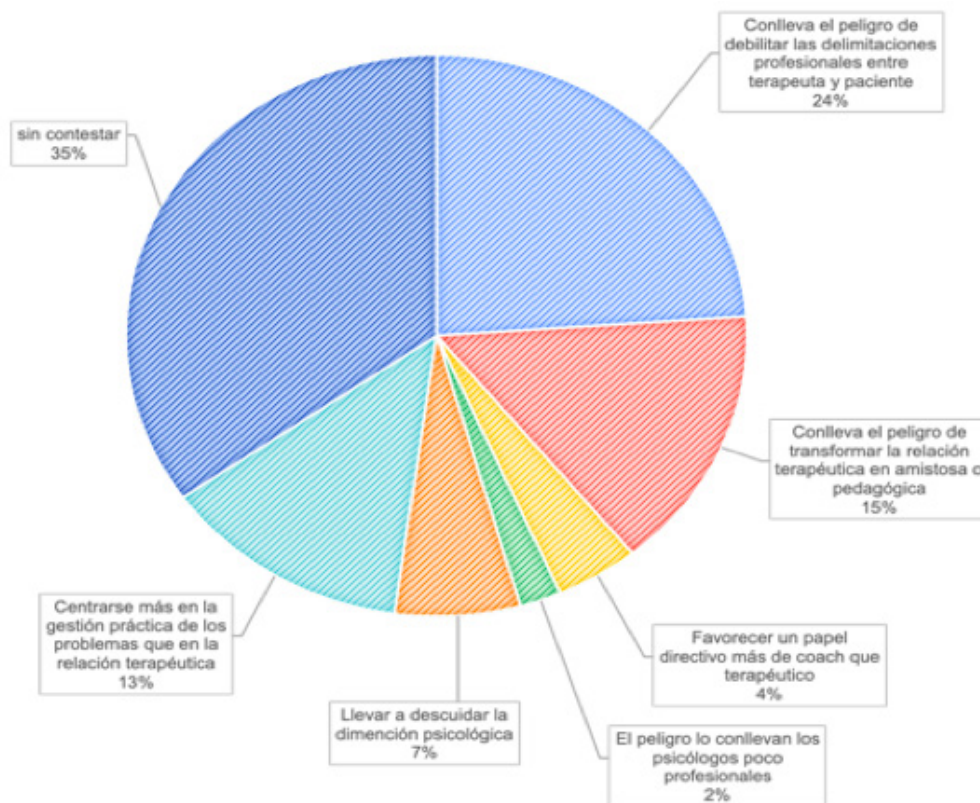


Gráfico 6: Desventajas y riesgos de las App in psicoterapia.

De las respuestas del 65% de los profesionales resulta que las App pueden llevar a desventajas para la terapia. El 35% no ha contestado: la mayoría de las preocupaciones de los otros se refieren al peligro de debilitar las delimitaciones profesionales entre terapeuta y paciente (24%) y al riesgo de transformar la relación terapéutica en amistosa o pedagógica (15%).

Manfrida (2010) advierte: “El abuso del instrumento telemático puede reforzar las inhibiciones relacionales, reduciendo el estímulo vinculado a la interacción a sólo la expresión escrita”. En el mismo texto encontramos recomendaciones terapéuticas para el profesional que quiere recurrir al uso de los mensajes a partir de las enseñanzas de los pioneros de la terapia sistémica y no sólo.

4. CONCLUSIONES

El segundo axioma de comunicación de Watzlawick (1967) nos recuerda: “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relación de modo que el segundo clasifica el primero y por lo tanto es metacomunicación”. Nosotros pensamos que hay aspectos de contenido en la respuesta del terapeuta, pero también aspectos relacionales implícitos, incluso en la gestión del tráfico de mensajes. Por eso es necesario integrar el trabajo terapéutico que se lleva a cabo teniendo en cuenta el valor diagnóstico y terapéutico de los mensajes y de las otras App de manera que la narrativa digital pueda convertirse en un espacio nuevo, vivenciado y compartido.

El debate sigue siendo amplio y aún necesita profundización, es indudable que estas narrativas son un enriquecimiento del contexto relacional del sujeto y que pueden ser consideradas como una oportunidad de intercambio, crecimiento y de adaptación en el que nos corresponde evaluar su valor, caso por caso, para aumentar la eficacia terapéutica.

Tomando como punto de salida el libro de Caillé “Los objetos flotantes”, nos preguntamos: “¿Puede una App ser considerado un objeto flotante?”

“Surge así un terreno de juego, un espacio virgen que podrá llenarse de contenidos importantes en la medida en que los interlocutores se autoricen a tomar conciencia de sus similitudes y diferencias. Entonces serán receptivos a la transformación. Las técnicas que favorecen la aparición de tales contenidos han sido descubiertas de manera más o menos accidental”. Y más: “Este descubrimiento inesperado, en una situación que parecía bloqueada, las califica igualmente con el título de objetos flotantes. Resultan del deseo repentino de intentar algo cuando el horizonte parece pobre o vacío, como una señal que del gris de las olas emerge a los ojos del marinero revelando un sentido, una dirección a seguir. Estas técnicas pueden ser aprendidas pero, como las que usan el arte, no son más que un medio. Los resultados que producen en las manos del que desea utilizarlos son difíciles de predecir. Dependen mucho de la condición de espíritu y de la confianza de la persona que las pone en práctica. Son herramientas de apertura, en ningún caso herramientas de reparación” (Caillé, 2005).

Podría ser interesante ampliar la investigación con datos recogidos en 2020 después de la pandemia de coronavirus y ver si y en qué medida el bloqueo ha permitido a los colegas cambiar algunos hábitos y costumbres hasta ahora nunca cuestionados.

A la luz de las condiciones actuales y de la experiencia adquirida y que seguimos viviendo, por lo tanto, es necesario cambiar la forma de ver las relaciones, ya no de acuerdo a la distinción en línea y fuera de línea. No hay distintos modos de crear relaciones en línea y fuera de línea. Existe un nuevo, único, modo de ponerse en relación, que tiene en cuenta las dos modalidades al mismo tiempo.

Las relaciones en línea y las relaciones fuera de línea se relacionan entre sí en una especie de retroalimentación que se condiciona mutuamente. Son dos mundos que no son separables o divisibles, sino que interactúan de manera sistémica tanto desde el punto de vista sociológico como desde el punto de vista psicológico (Manfrida, in Manfrida et al. 2020).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Berger, P.L., y Luckman, T. (1966). *The Social Construction of Reality*: New York: Doubleday, New York, [La realtà come costruzione sociale].
- Borgmann, A. (1999). *Holding On to Reality: The Nature of Information at the Turn of the Millennium*. Chicago: University of Chicago.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Caillé, P., y Rey Y. (2005). *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche*. Roma: Armando, 2005.
- Ceberio, M.R. (2019). *Paul Watzlawick en búsqueda del cambio*. Ciudad de México: Herder.
- Ceberio, M.R., y Linares, J.L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- De aperitivo con Iolanda y Gianmarco:, FEATF. Recuperado de <https://www.facebook.com/FederacionEspañoladeAsociacionesdeTerapiaFamiliar/videos/3487630337953793/?v=3487630337953793>
- Lévy, P. (1996). *L'intelligenza collettiva. Per un'antropologia del cyberspazio*. Milano: Feltrinelli.
- Manfrida, G. (2010). *Gli sms in psicoterapia*. Torino: Anigone.
- Manfrida, G. (2019). *La narración psicoterapéutica. Invención, persuasión y técnicas retóricas en Terapia relazionale sistemica*, Madrid: Morata.

- 142 Manfrida, G., Albertini, V., y Eisenberg, E. (2017). Connected: Recommendations and Techniques in Order To Employ Internet Tools for the Enhancement of Online Therapeutic Relationships. Experiences from Italy. *Contemporary Family Therapy*, 39 (4)
- Manfrida, G., Albertini V., Eisenberg E. (2020). *La clinica e il web. Risorse tecnologiche e comunicazione psicoterapeutica online*. Milano: FrancoAngeli, 2020.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., y Jackson D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio.
- Zweistra, C.A. (2019). *Closing the Empathy Gap: Technology, Ethics, and the Other*. Recuperado de <https://doi.org/10.4233/uuid:7cf71865-bdff-4c72-b3d7-c6d464594fd6>

Reseñas



Marcelo Pakman
A Flor de Piel: Pensar la Pandemia
Barcelona: Gedisa, 2020. (97 p.)

Esteban Laso Ortiz

A la mayoría de adultos nos gusta pensar que nuestra infancia, con sus horrores y fantasías, ha quedado atrás, relegada a un pasado ora idílico, ora tenebroso, pero nunca *vivo*; que nuestro autocontrol y racionalidad erigen una fortaleza inexpugnable a los embates de la imaginación o las pasiones desbocadas. Mas basta con una fiebre moderada para que los fantasmas se espabilen, escalen los muros de la razón y tomen por asalto la fortaleza del “yo”, ahora encogido y delirante.

Del mismo modo, las sociedades contemporáneas creen que el progreso, la ciencia y la técnica les han permitido superar el pensamiento mágico para alcanzar el control (y la explotación) de las fuerzas de la naturaleza. Pero ha bastado con un nuevo virus para ralentizar casi por completo su mecanismo, ponerlas de rodillas ante una Naturaleza tan impredecible como impasible y avivar el pensamiento mágico de conspiranoicos, terraplanistas y antivacunas.

En ambos casos –que, bien mirado, son distintos planos de un mismo fenómeno– la apariencia de razón instrumental se resquebraja revelando un *poso mítico* que se resiste a desaparecer y gobierna desde la sombra la operación de una racionalidad que se figura autosuficiente. Pues la razón y el autocontrol no reemplazan la fantasía y el mito sino que se les superponen, ocultándolos –la célebre metáfora arqueológica freudiana de la mente como un palimpsesto de los sucesivos estratos del ciclo vital, que bien puede aplicarse a la cultura *in toto*.

La delgada capa de racionalidad se sostiene, así, en la regularidad de lo que la sociología fenomenológica llamara “el mundo de lo dado por sentado”; regularidad que, cuando fracasa, rasga dicha capa arrojándonos a un universo indiferente e impredecible, poblado de objetos fríos, de agudos bordes. La única manera de protegernos de esta afilada desnudez metafísica es, pues, el mito, mentalidad que lejos de ser antónimo de la razón es su sustrato, su océano primigenio.

Esta capa mítica ha sido tema recurrente de la obra de Marcelo Pakman, dedicada a destilar un lenguaje para cartografiar las corrientes que configuran sus aguas; y es la súbita efervescencia del mito en medio de la incertidumbre de la pandemia COVID-19 el leitmotiv de *A Flor de Piel*, libro cuya edición no podría ser más oportuna.

Pakman empieza por señalar las insuficiencias de las dos tradiciones predominantes a la hora de abordar el problema: si el empirismo científico-materialista niega la existencia de los fenómenos emergentes mentales o culturales en los que se manifiesta el mito, el culturalismo idealista-hermenéutico niega, en cambio, el plano material y corpóreo del que nacen las hebras que lo entretajan. Pues es el *qualia*, “las cualidades texturales sensoriales y materiales de nuestra experiencia” (p. 9), el asiento de todo posible significado y la chispa de todo posible mito.

Es en este estrecho margen, entre la Escila del científicismo y el Caribdis del giro lingüístico, que Pakman avanza articulando las diversas capas mitológicas que atraviesan nuestra forma de reaccionar como cultura a la pandemia COVID-19; por ejemplo, la que asimila el confinamiento al ocultamiento y la invisibilidad de la Divinidad, el *deus absconditus* inmerso en, y a la vez esquivo de, su Creación. O la que asemeja el comportamiento de la pandemia a una “invasión” del virus que ha de repelerse (tal como la de migrantes ilegales, por ejemplo) utilizando la fuerza y la vigilancia.

Por esta senda Pakman aborda al paso la historia de las plagas y sus efectos biopolíticos, las consecuencias de las desigualdades sociales, el fantasma de la Muerte encarnado en un virus tan

146 proteico como incognoscible y la paradoja de que “cuanto más tratamos de escondernos, más a la intemperie nos sentimos y nuestra sensibilidad se halla a flor de piel” (p. 82).

Sin embargo, es aquí que el autor de esta reseña ha de confesar su incapacidad. Pues del mismo modo que el mapa no es el territorio y la carta no es el menú, un resumen del texto de Pakman no equivale a la experiencia, a la par sensual y reflexiva, de leerlo dejándose impregnar por sus metáforas y conducir por sus evocaciones. Precisamente una de las implicaciones de su apuesta es que la *experiencia es insustituible*; las texturas que se despliegan con la lectura de un texto tan profundo y polívoco como el de Pakman no pueden ser reproducidas en un resumen sus “ideas principales” –que tampoco existen como distintas de la forma que adoptan bajo su pluma.

Queda, así, abierta la invitación al lector de dialogar *A Flor de Piel*, de impregnarse de sus texturas, de adentrarse en el laberinto del mito de la mano de Pakman. Una travesía que, sin importar su punto de partida, no lo dejará indiferente.

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Diciembre 2020
www.redesdigital.com

42

Redes se propone convertirse en La Revista Científica de acceso abierto más importante en el mundo hispano y latinoamericano, en el ámbito de la terapia familiar y el modelo relacional-sistémico, así como el narrativo y las intervenciones en familias, organizaciones, comunidades y redes.

Redes es el órgano de discusión y divulgación científicas de la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES), de cuyos objetivos y finalidades quiere hacerse continuo eco.

Se trata de seguir dotando a los colectivos profesionales interesados en el modelo relacional sistémico de un foro de expresión e intercambio de sus trabajos clínicos y de investigación, en nuestro idioma, y a la altura de las revistas internacionales más prestigiosas.



■ ESCUELA VASCO NAVARRA
DE TERAPIA FAMILIAR
■ USKADI ETA NAFARROAKO
FAMILI TERAPIA ESKOLA

